

該当する指示書を○で囲む

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書最大指示期間は6か月まで可
例)令和7年5月22日～11月21日点滴注射指示期間は
7日間とし、月に何回でも
交付可訪問看護指示期間(年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間(年 月 日 ~ 年 月 日)

該当する指示書を○で囲むこと

患者氏名			生年月日	明・大・昭・平		年	月	日	(歳)
患者住所			指示日は原則診察日です		電話 () - ()				
主たる傷病名	オンライン請求に必要なため、コードを記入。		(2)		()				
症病名コード			パーキンソン病の場合はホーエン・ヤールの重症度分類・生活機能障害度の記入が必要						
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状態								
	投与中の薬剤の用量・用法	1. 褥瘡の深さの判定基準に(NPUAP分類、DESIGN分類)を記入							
	日常生活自立度	寝たきり度	J1	J2	A1	B1	B2	C1	C2
	認知症の状況	I	IIa	IIb	IIIb	IV	M		
	要介護認定の状況	自立	要支援 (1 2)		要介護 (1 2 3 4 5)				
	褥瘡の深さ	NPUAP分類(★)		III度	IV度	DESIGN分類(☆)		D3	D4
該当する番号に○、方法・内容を記入	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (ℓ/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻 : サイズ) 日に1回交換 8. 留置カテーテル (サイズ) 日に1回交換 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式 : 設定) 10. 気管カニューレ (サイズ) 11. ドレーン (部位 :) 12. 人工肛門 13. 人工膀胱 14. その他 ()								
留意事項及び指示事項		I 療養生活指導上の留意事項 内服管理、食事指導、水分体重管理、呼吸状態の観察、インスリン自己注射指導、自己血糖測定指導、転倒防止等 II 1. リハビリテーション (理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて) 1日当たり()分を週()回 リハビリの場合は、(○)分を週(○)回を記入 2. 褥瘡の処置等 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 4. その他 投与薬剤・投与量・投与方法・投与経路・投与速度等を詳細に記入							
在宅患者訪問点滴注射に関する指示(投与薬剤・投与量・投与方法等)									
緊急時の連絡先	在宅療養支援診療所はファーストコールが訪問看護の場合は								
不在時の対応法	①緊急時は、まずは訪問看護で対応してください ②往診医連絡先の記入								
特記すべき留意事項 (注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往等があれば記載して下さい。)									
他の訪問看護ステーションへの指示		介護保険での訪問の際、退院日に訪問が必要な場合はその理由を記入							
(無 有:指定訪問看護ステーション名									
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示									
(無 有:指定訪問介護ステーション名		日付は指示開始日またはそれ以前の日付で記入							

上記のとおり、指示いたします

年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX .)
医 師 氏 名

印

殿