**訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書**

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間（令和 年 月 日 ～令和 年 月 日）
点滴注射指示期間（令和 年 月 日 ～令和 年 月 日）

患者氏名		生年月日	
患者住所		電話	
主たる傷病名	※パーキンソン病の場合①、②の項目に○をつけて下さい ①ホーエン・ヤールの重症度ステージ I・II・III・IV・V ②生活機能機能障害度：I度・II度・III度		
病状・治療状態			
投与中の薬剤の用法・用量			
日常生活自立度	寝たきり度	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	
	認知症の状況	I IIa IIb IIIa IIIb IV M	
要介護認定の状況	要支援 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 D5		
装着・使用等	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.気管カニューレ（サイズ ） 8.経管栄養（経鼻・胃瘻：サイズ 、1回/ 日交換） 9.留置カテーテル（サイズ 、1回/ 日交換） 10.人工呼吸器（陽圧式・陰圧式：設定 ） 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			
II 1.リハビリテーション：必要な項目にチェックをお願い致します。 ☐ 屋外歩行訓練 ☐ 屋内歩行訓練 ☐ 関節可動域訓練 ☐ 体操 ☐ 起居動作訓練 ☐ その他（ ） ※PT・OT・STが訪問看護の一環として行うものについて、1日あたり40・60・（ ）分を週（ ）回 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			
在宅患者訪問点滴注射に関する指示（投与薬剤・量・方法等）			
緊急時の連絡先 不在時の対応法			
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など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 （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 ： 指定訪問介護事業所名 ）			

上記のとおり、指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名
住所
電話
FAX
医師氏名

指定訪問看護ステーション り・らいふ訪問看護ステーション殿

印