

(別紙様式16)

介護予防訪問看護・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 ① 年 月 日)
点滴注射指示期間 (令和 年 月 日 ① ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	
患者住所	電話 () -	
主たる傷病名	②ここに記載される傷病名が、介護保険または医療保険の どちらが適用されるかの判断基準となります	
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. 2. 3. 4. 5. 6.
	日常生活自立度	寝たきり度 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2 認知症の状況 I II a II b III a III b IV M
	要介護認定の状況	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)
	褥瘡の③深さ	DESIGN分類 D3 D4 D5 NPUAP分類 III度 IV度
装着・使用医療機器等	④ 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 (部位: 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. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 () ○を付けた際はカッコ内にも必ず記入	
留意事項及び指示事項	I 療養生活指導上の留意事項 全体的な注意点を包括的に記載してください	
	II 1. リハビリテーション ⑤ 2. 褥瘡の処置等 看護師が行う「診療の補助」行為について具体的な指示を記載してください 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・投与量・投与方法等) 点滴注射を指示する場合、投与薬剤名・量・速度・方法・注意事項など、具体的に記載		
緊急時の連絡先 不在時の対応法 夜間も含め緊急時の連絡先を記載		
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、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。) 病状や身体・精神的理由で複数名での訪問看護が必要な場合、その旨を記載 感染症についても記載してください		
他の訪問看護ステーションへの指示 複数の訪問看護ステーションに指示書を交付している場合に記載 (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: 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

指示日は、指示期間開始日以前の
日付を記載してください

印