記入例

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

↓６か月を限度に記入が可能です

※該当する指示書を〇で囲むこと

訪問看護指示期間　（令和6年10月 1日～令和7年3月31日）
点滴注射指示期間　（令和　年　月　日～令和　年　月　日）

患者氏名	〇〇　〇〇	生年月日	昭和 〇〇年〇月〇日生　（〇〇歳）
患者住所	〒364-0014 北本市二ツ家3-183　電話 048-591-2380		
主たる傷病名	(1) 〇〇〇〇〇〇〇〇	(2) 〇〇〇〇〇〇〇〇	(3) 〇〇〇〇〇〇〇〇
傷病名コード			

現在の状況（該当項目に〇等）		
症状・治療状態	〇〇〇〇〇〇〇〇があり、〇〇〇〇〇〇〇〇が見られる。 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇のため、〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇予定。	
投与中の薬剤の用量・用法	1.〇〇〇〇〇〇〇〇（朝･夕食後） 3.〇〇〇〇〇〇〇〇（毎日1回塗布） 5.	2. 〇〇〇〇〇〇〇〇（毎食後） 4. 6.
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（　１　２　）　要介護（　１　２　３　４　５　）	
褥瘡の深さ	DESIGN-R2020分類　Ｄ３　Ｄ４　Ｄ５　ＮＰＵＡＰ分類　Ⅲ度　Ⅳ度	
装着・使用医療機器等	１．自動腹膜灌流装置　２．透析液供給装置　３．酸素療法（　1/min） ４．吸引器　５．中心静脈栄養　６．輸液ポンプ ７．経管栄養（　:サイズ　、　日に1回交換） ８．留置カテーテル（部位:16Fr　サイズ　、　日に1回交換） ９．人工呼吸器（　: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（浣腸　）	

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．理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護
　１日あたり（　　）分を週（　　）回

日常生活動作訓練、ADL維持

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・投与量・投与方法等）

緊急時の連絡先　〇〇〇〇病院〇〇医師　048-000-0000　携帯電話090-0000-0000
不在時の対応　留守番電話にて対応

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。）

身体の筋緊張が強く拘縮等があるため、看護師1名での対応困難と思われますので、複数名で対応してください。

他の訪問看護ステーションへの指示
（無　有　）

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　）

複数の訪問看護ステーションを利用する場合にはその訪問看護ステーション名を記入してください。

上記のとおり、指示いたします。

令和 6 年10月 1 日

↑交付年月日は訪問看護指示日またはそれ以前の日付で記入してください

医療機関名　桶川北本伊奈クリニック
住　　所　〒364-0014　北本市二ツ家3-183
電　　話　048-591-2380
（ＦＡＸ）
医師氏名　桶川　太郎　桶川印

押印のないものは無効ですので必ず押印してください

事業所　桶川北本伊奈地区医師会訪問看護ステーション　殿