

□ 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： ～

点滴注射指示期間： ～

患者氏名			生年月日	年 月 日 ( 歳 )						
患者住所	〒			電話：						
主たる傷病名										
現在の状況 (該当項目に○)	病状・治療状態	*パーキンソン病の場合は必ずご記入願います。 Hoehn&Yahrの重症度分類(1 2 3 4 5) 生活機能分類(I II III度)								
	投与中の薬剤の用量・用法									
	日常生活自立度	寝たきり度	I1	I2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
	要介護認定の状況	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	経過的要介護	要介護	1	2	3	4
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 ( /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：チューブサイズ                      、                      日に一回交換) 8. 留置カテーテル (サイズ                      、                      日に一回交換) 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 : Drコール条件 ( )										
II 1. リハビリテーション・屋外歩行訓練 (中止基準； 血圧 脈 SP02 ) <input type="checkbox"/> 理学療法士・作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 が行う訪問看護 1日あたり( )分を週( )回 <input type="checkbox"/> ケアプランのサービス計画に沿った回数で実施すること 2. 褥瘡の処置等 褥瘡の深さ : NPUAP分類 III度・IV度 DESIGN分類 D3・D4・D5 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 4. 入浴 (中止基準； 血圧 (その他 ; ) ) 5. 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 不在時の対応法										
特記すべき事項 (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ください。)										
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 )										

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関  
住所  
電話  
(FAX)  
医師名

印

訪問看護ステーション

LE (エルイー) 在宅・施設 訪問看護リハビリステーション 店