

# 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 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )

点滴注射指示期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )

指示期間は有効期間6か月以内に限る。

週3日以上点滴が必要となった場合は、主治医からの在宅患者訪問点滴指示書の交付が必要。  
週1~2回の点滴が必要な場合であっても主治医からの点滴の指示が必要であり、点滴を正確に実施できるようその内容と方法が明確に記載された文書(指示書)であれば、通常の訪問看護指示書その

がんの末期状態の方に関しては主たる傷病名の欄か、病状・治療・状態の欄に末期や終末期、ターミナルなどの状態がわかる文言を明記。  
\*がんと末期の方は医療保険での介入となり、病名記載の有無で介入方法が変わるため忘れないように記載。

最新の情報を記入。また、頓服薬の容量も記入。

該当の番号を○で囲み、その方法と内容も詳細に記入。  
\*こちらは訪問看護ステーションでの算定に関わるため、必ず記入。

患者氏名	生年月日		年		月	日	( 歳 )	
患者住所	電話 ( ) -							
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)					
傷病名コード								
現在の状況	病状・治療状態							
	投与中の薬剤の用量・用法	1.	2.		3.	4.		5.
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
該当項目に○等	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 ( l/min)					
	4. 吸引器	5. 中心静脈栄養	6. 輸液ポンプ					
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 ] 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 不在時の対応								
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。)								
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 : 訪問介護事業所名 )								
上記のとおり、指示いたします。								

該当の番号を○で囲み、その方法と内容も詳細に記入。  
リハビリテーションの指示は職種と時間数を○で囲み頻度を記載。  
\*詳細は訪問看護ステーションとの相談による。

緊急時の連絡先および不在時の対応方法を必ず記入。

複数名で訪問する必要のある方に関してはその内容も記入。

複数の訪問看護ステーションに指示を出す場合は、その訪問看護ステーション名

中心静脈栄養の方は指示書の期間内で記入。内容の変更があった場合は新たに指示書を発行。

年 月 日

交付年月日は訪問看護指示日、またはそれ以前の日付(初診日以降)を記入。

医療機関名  
住 所  
電 話  
( F A X )  
医 師 氏 名

印