

社会医療法人財団大和会「訪問看護指示書」記入例

記入例を参考にご記入・押印のうえ
必ずコピーを取ってから、原本をご提出ください

記入例

(別紙様式 16)

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)

患者氏名 ○○○○ 生年月日 ○○年 ○○月 ○○日 (○○歳)

患者住所 〒207-0014 東京都東大和市南郷 2-49-3 電話 (042) 567-4134

主たる傷病名 (1) (2) (3)

傷病名コード

病状・治療
状態 ○○○○○○○○あり、○○○○○○○○○が見られる。
○○○○○○○○○○のため、○○○○○○○○○予定。

投与中の薬剤
の用量・用法 1. ○○○○ (朝・夕食後) 2. ○○○○ (毎食後)
3. ○○○○ (毎日1回塗布) 4. 5. 6.

現在の状況 (該当項目に○等)

日常生活 寝たきり度 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2
自立度 認知症の状況 ① 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. 自動腹膜透析装置 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 (経鼻・胃腸 : サイズ 日に1回交換)
⑧ 留置カテーテル (部位 : 16Fr サイズ 14 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 ()

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 (40) 分を週 (2) 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 ○○○○病院 ○○医師 042-000-0000 (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、薬剤アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問看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)
身体が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 : 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。

2022年 5 月 1 日

医療機関名 むらやまやまクリニック
住 所 〒207-0014 東京都東大和市南郷 2-49-3
電 話 042-562-5738
(FAX.)
医師氏名 大和 太郎

事業所 殿

訪問看護指示期間は
6か月を限度 に記入が可能です

点滴注射指示期間は
1週間を限度 に記入が可能です

傷病名コードを記入してください

該当する番号を○で囲み
方法・内容を詳細に記載してください

該当する番号を○で囲み、その方法と内容も
詳細に記載してください。

リハビリテーションを希望の場合は
1日何分・週何回の訪問が必要かを
記入してください

緊急時の連絡先および不在時の対応方法は
必ずご記入ください

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

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

押印のないものは無効ですので
必ず押印してください

宛先によって送付先が異なります。ご注意ください。

●東大和訪問看護ステーション

→ 〒207-0014 東京都東大和市南郷 2-49-3

●東大和訪問看護ステーション 武蔵村山サテライト

→ 〒208-0022 東京都武蔵村山市市模 1-1-5

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)

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 (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	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 D 3 D 4 D 5 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 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 ()									
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。)										
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。

年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

(FAX.)

医師氏名

事業所

殿

印