

## 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

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 東京都東大和市南街2-49-3
  - 東大和訪問看護ステーション 武藏村山サテライト  
→ 〒208-0022 東京都武藏村山市榎原1-1-5

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

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	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	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 N P U A P 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 ( 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

印

事業所

殿