

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 東京都東大和市南街 2-49-3 電話 (042) 567-4134

主たる傷病名 (1) (2) (3)

病状・治療状態 ○○○○○○○○があり、○○○○○○○○○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. ○○○○○○ (毎食後)
5. ○○○○○○ 6. ○○○○○○

日常生活自立度 寝たきり度 J 1 J 2 A 1 A 2 ⑥ B 2 C 1 C 2
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: 16Fr 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 ⑨ 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)

緊急時の連絡先不在時の対応 ○○○○病院 ○○医師 042-000-0000 (携帯電話 090-0000-0000)
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、定期回診・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 東京都東大和市南街 2-49-3
電 話 042-562-5738
(FAX.) 大和 太郎
医師氏名

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

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 東京都東大和市南街 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 東京都武蔵村山市榎 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)							
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.							
	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	II a	II b	III a	III b	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
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。)										
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