（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（令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日）
点滴注射指示期間（令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日）

患者氏名		生年月日 明・大・昭・平　年　月　日（　歳）	
患者住所		電話　－　－	
※1、2 主たる傷病名	(1)	(2)	(3)
傷病名コード			

※パーキンソン病の場合は「ホーエン・ヤールの重症度分類」と「生活機能障害度」を記入してください。※小児の場合は「超重症児（者）判定基準による判定スコア」を記入してください

現在の状況（該当項目に○等）	病状・治療の状態	
	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：J1　J2　A1　A2　B1　B2　C1　C2
		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	NPUAP分類：Ⅲ度 Ⅳ度　DESIGN分類：D3 D4 D5
	※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（　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：チューブサイズ　、　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. ドレーン（部位:　） 12. 人工肛門　13. 人工膀胱　14. その他（　）
	※指導管理料 無・有（該当するものに○）	①悪性腫瘍管理 ②気管切開 ③自己腹膜灌流 ④血液透析 ⑤酸素療法 ⑥中心静脈栄養法 ⑦成分栄養経管栄養法 ⑧自己導尿 ⑨人工呼吸 ⑩持続陽圧呼吸療法 ⑪自己疼痛管理 ⑫肺高血症患者 ⑬点滴注射管理指導料

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. リハビリテーション［理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて 1日あたり 20・40・60・（　）分を越（　）回（注：介護保険の訪問看護を行う場合に記載）］

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

不在時の対応法　　※5 24時間往診体制 有・無

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、その他留意事項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　）

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。

令和　年　月　日

医療機関名

住　所

電　話

（FAX）

医師氏名　　印

指定訪問看護ステーション　地域まるごとケアステーション川崎　殿