□ 訪 問 看 護 指 示 書
□ 在 宅 患 者 訪 問 点 滴 注 射 指 示 書

※該当する指示書にチェック☑をすること

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	TEL		
主たる傷病名	①　②　③ ※末期がん：□←チェック☑をお願いします。 ※パーキンソン病の場合は、下記2項目に必ず〇印をつけてください。 Hoehn&Yahr の重症度分類（ 1 2 3 4 5 ）/ 生活機能障害度（ Ⅰ Ⅱ Ⅲ ）度		

現在の状況	症状・治療状態		
	投与中の薬剤の用法・用量		
	日常生活自立度	寝たきり度	自立　J1　J2　A1　A2　B1　B2　C1　C2
		認知症の状況	自立　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 分類　D3　D4　D5　/　NPUAP 分類　Ⅲ度　Ⅳ度

装着・使用医療機器等（該当番号に〇印）	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 ）　8. 留置カテーテル　9. 人工呼吸器　10. 気管カニューレ 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. 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（　　）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 ：
不在時の対応法 ：

特記すべき事項（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・臨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。　　年　月　日

医療機関名
住所
TEL/FAX
医師氏名　　印

訪問看護ステーション　マザース成城　中野支部（事業所番号：1361290917）殿