

**記載留意事項**

(別紙様式 16)

指示期間は1ヶ月～最長6ヶ月以内です。在宅患者訪問点滴注射指示書の有効期間は1週間です。

該当する指示書を○で囲んで下さい

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			
患者住所			
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)
傷病名コード			
病状・治療状態			
在の状況 (該当項目に○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 ( )		
要介護認定の状況	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3)		
褥瘡の深さ	DESIGN-R2020分類 D3 D4 D5 NP		
装着・使用医療機器等			
留意事項及び療養生活	I 使用医療機器の有無や取扱いに関する記入をお願いします。(サイズや用量等) 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 不在時の対応法			
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。)			
2ヶ所の訪問看護ステーションの利用がある場合は、ステーション名の記入をお願いします。各ステーションに原本を交付して下さい。			
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 )			

公費となる医療券をお持ちの利用者の場合は、医療券に該当する病名の記載もお願いします。(パーキンソン病はホーエン・ヤールの重症度分類・生活機能障害度の記入が必要です。末期の悪性腫瘍の場合は、必ず「〇〇癌末期」と記入ください。)

褥瘡の深さの欄に「真皮を超える褥瘡の状態」の記載と分類をチェックする。

リハビリテーションの内容に加えて、訪問時間と週の訪問回数の記載が必要です。

緊急連絡先と電話番号の記載をお願いします。

発効日は指示書の記入日、もしくは指示期間開始日前でお願いします。開始日より後の日付では指示書の発効は認められておりませんのでご注意ください。

年 月 日

医師氏名

印

事業所

殿