（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		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		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：　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　**ケアウィル訪問看護ステーション**　殿

（別紙様式 18）

特 別 訪 問 看 護 指 示 書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を〇で囲むこと

特別看護指示期間　（　　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）
病状・主訴： 一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：	
留意事項及び指示事項（注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。）	
点滴注射指示内容（投与薬剤・投与量・投与方法等）	
緊急時の連絡先等	

上記のとおり、指示いたします。

年　　月　　日

医療機関名
電　　話
（ＦＡＸ.）
医師氏名　　印

事業所　**ケアウィル訪問看護ステーション**　殿

（別紙様式17の２）

精神科特別訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を〇で囲むこと

特別看護指示期間　（　　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）

病状・主訴：

一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：

留意事項及び指示事項（注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。）

（該当する項目に〇をつけてください）

複数名訪問の必要性　　あり　・　なし

理由：１．暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者

２．利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者

３．利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者

４．その他（　　）

短時間訪問の必要性　　あり　・　なし

理由：（　　）

特に観察を要する項目（該当する項目に〇をつけてください）

1　服薬確認
2　水分及び食物摂取の状況
3　精神症状（観察が必要な事項：　　）
4　身体症状（観察が必要な事項：　　）
5　その他（　　）

点滴注射指示内容（投与薬剤・投与量・投与方法等）

緊急時の連絡先等

上記のとおり、指示いたします。

年　　月　　日

医療機関名
電　　話
（ＦＡＸ.）
医師氏名　　印

事業所　　**ケアウィル訪問看護ステーション**　殿

（別紙様式 17）

精神科訪問看護指示書

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（　　）　　－	施設名	
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・治療状況	
	投与中の薬剤の用量・用法	
	病名告知	あり　・　なし
	治療の受け入れ	
	複数名訪問の必要性	あり　・　なし 理由： 1．暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 2．利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者 3．利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者 4．その他（　　）
	短時間訪問の必要性	あり　・　なし
	複数回訪問の必要性	あり　・　なし
	日常生活自立度	認知症の状況　（ Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　Ｍ ）

精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項

1　生活リズムの確立
2　家事能力、社会技能等の獲得
3　対人関係の改善（家族含む）
4　社会資源活用の支援
5　薬物療法継続への援助
6　身体合併症の発症・悪化の防止
7　その他

緊急時の連絡先
不在時の対応法

主治医との情報交換の手段

特記すべき留意事項

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

年　　月　　日

医療機関名
住　　所
電　　話
（FAX.）
医師氏名　　印

指定訪問看護ステーション **ケアウィル訪問看護ステーション**　殿