

# 介護予防訪問看護・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	TEL			
主たる傷病名	パーキンソン病 Yahr 分類 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V		生活機能障害度 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	
	病状・治療状態			
現在の状況	投与中の薬剤	1.	2.	3.
	の用法・用量	4.	5.	6.
状況	日常生活	寝たきり度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	
	自立度	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		NPUAP 分類 III度 IV度 / DESIGN 分類 D3 D4 D5		
装着・使用医療機器等(該当番号に○印等)	<input type="checkbox"/> 1. 自動腹膜灌流装置 <input type="checkbox"/> 2. 透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 3. 酸素療法 ( l/min ) <input type="checkbox"/> 4. 吸引器 <input type="checkbox"/> 5. 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 6. 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 7. 経管栄養 ( :チューブサイズ 日に1回交換 ) <input type="checkbox"/> 8. 留置カテーテル (サイズ 日に1回交換 ) <input type="checkbox"/> 9. 人工呼吸器 ( :設定 ) <input type="checkbox"/> 10. 気管カニューレ (サイズ ) <input type="checkbox"/> 11. ドレーン (部位: ) <input type="checkbox"/> 12 人工肛門 <input type="checkbox"/> 13. 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 14. その他( )			
	留意事項及び指示事項			
I <input type="checkbox"/> 療養生活指導上の留意事項				
II <input type="checkbox"/> 1. リハビリテーション(関節可動域訓練・基本動作訓練・筋力増強訓練・歩行訓練・屋外訓練など ) 注意点( ) <input type="checkbox"/> 2. 褥瘡の処置等 <input type="checkbox"/> 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 <input type="checkbox"/> 4. 便秘時の浣腸・摘便等排便コントロール <input type="checkbox"/> 5. 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)				
緊急時の連絡法				
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: 殿)				

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

# 記載例

## 介護予防訪問看護・訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

① ※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 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

② 主たる傷病名 パーキンソン病 Yahr 分類  I  II  III  IV  V 生活機能障害度  I  II  III

現 病 状 ・ 治 療 状 態

在 投 与 中 の 薬 剤 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
の 用 法 ・ 用 量 4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

③ 日 常 生 活 寝 た き り 度 自 立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2  
自 立 度 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 NPUAP 分 類 III 度 IV 度 / DESIGN 分 類 D3 D4 D5

④ 装着・使用医療機器等(該当番号に○印等)  
 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 ( :チューブサイズ \_\_\_\_\_ 日に1回交換 )  
 8. 留置カテーテル ( サイズ \_\_\_\_\_ 日に1回交換 )  
 9. 人工呼吸器 ( :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 ( \_\_\_\_\_ )

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  
 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. 便秘時の浣腸・摘便等  
 5. 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)

⑤ 緊急時の連絡法 \_\_\_\_\_  
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等があれば記載してください。)

⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㊼ ㊽ ㊾ ㊿

㊽ ㊾ ㊿

㊾ ㊿

㊿

ワン・ライフ訪問看護ステーション 殿

- ① 訪問看護指示期間は 6ヶ月を限度に記入が可能です
- ② パーキンソン病の場合は Yahr 分類と生活機能障害度の記載が必要です
- ③ 該当する番号にチェックをつけ内容を記載して下さい
- ④ 1・2・3・4を行う場合には、医師の指示が必ず必要になりますので お願いします  
該当する番号にチェックをつけ 方法・内容を詳細に記載して下さい
- ⑤ 夜間・不在時を含め、緊急時の連絡先をご記入下さい
- ⑥ 複数の訪問看護ステーションを利用する場合は その訪問看護ステーション名を記入して下さい
- ⑦ 指示日は指示期間開始日より前の日付でお願いします
- ⑧ 押印のないものは無効になるため必ず押印して下さい