訪問看護指示書

訪問看護指示期間　（令和 08 年 12 月 01 日 から 令和 08 年 12 月 31 日）
点滴注射指示期間　（　　年　　月　　日 から　　年　　月　　日）

患者氏名	テスト 太郎	生年月日	昭和 11 年 08 月 20 日生（90 歳）
患者住所	〒 454-0000　愛知県名古屋市中川区テスト町1-2-3		電話 052-000-0000
主たる傷病名	廃用症候群	変形性腰椎症	難聴
傷病名コード	8838910	7213016	3899010

現在の状況	病状・治療状態	テスト用の病状テキストです。ベッド上で過ごし、食事は全介助。褥瘡は認めないが皮膚の変色を認める。栄養補助剤を摂取している。
	投与中の薬剤の用法・用量	1. エンシュアH　2. 3.　4. 5.　6.
	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（１２）　要介護（１２３④５）
	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（番号に○印）	1. 自動腹膜灌流装置　2. 透析液供給装置　③. 酸素療法（1 l/min） 4. 吸引器　5. 中心静脈栄養　6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養（）　8. 留置カテーテル（） 9. 人工呼吸器（）　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
褥創予防と拘縮予防。

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
患部の確認

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	
緊急時の連絡先	テスト緊急連絡先
不在時の対応法	テスト後方病院
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　　殿 殿〕
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　　殿）

令和 08 年 11 月 16 日

上記のとおり、指示いたします。

医療機関名	医療法人 一色診療所
住　所	愛知県名古屋市中川区下之一色町字波花93番地
電　話	052-301-6161
（ＦＡＸ）	052-301-3334
医師署名（又は記名押印）	坂野 哲哉

テスト訪問看護ステーション 殿

特別訪問看護指示書

特別看護指示期間　（令和 08 年 12 月 01 日 から 令和 08 年 12 月 14 日）
点滴注射指示期間　（　　年　　月　　日 から　　年　　月　　日）

患者氏名	テスト 太郎	生年月日	昭和 11 年 08 月 20 日生（90 歳）

症状・主訴
テスト用の症状・主訴テキストです。歩行不可能、立位保持も難しい。全介助である。

一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：頻回な吸引とバイタルチェックのため。

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ください。）

点滴注射指示内容（投与薬剤・投与量・投与方法等）
テスト点滴500ml 点滴/日

緊急時の連絡先等
緊急時の連絡先　テスト緊急連絡先
不在時の対応法　テスト後方病院

令和 08 年 11 月 16 日

上記のとおり、指示いたします。

医療機関名　医療法人 一色診療所
電　話　052-301-6161
（ＦＡＸ）　052-301-3334
医師署名（又は記名押印）　坂野 哲哉

テスト訪問看護ステーション 殿