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

 訪問看護指示期間（令和　　年　　月　　日 ～ 令和 　 年　　月　　日）

点滴注射指示期間（令和 年 　月　　日 ～ 令和 　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） |
| 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 | ＮＰＵＡＰ分類　Ⅲ度　Ⅳ度　ＤＥＳＩＧＮ分類　Ｄ３　Ｄ４　Ｄ５　　 |
| 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．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20・40・60・（　　　）分を週（　　　）回（注：介護保険の訪問看護を行う場合に記載）　　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。　　　　　　　　　　　　　　　 　　 令和　　年　　月　　日

医療機関名

住　　　所

電　　　話

（F A X．）

医師氏名　　　　　　　　 　　　 　　　　　　　印

袋原訪問看護ステーション　殿