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 明・大・昭・平・令 | 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  〇等 | 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（  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 、  ８．留置カテーテル（ 部位： サイズ 、  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（ | | |  | ｌ／min）  日に１回交換）日に１回交換）  ）  ） |
| 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

訪問看護ステーションひだまり殿