訪　問　看　護　指　示　書

在宅患者訪問点滴注射指示書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  （ 歳） | |
| 患者住所 | | 電話 ( ) ー | | | | | |
| 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（ 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 ）   1. 気管カニューレ（サイズ ） 2. 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 | | | | | | | |
| Ⅱ１．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法 | | | | | | | |
| 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 あいらく訪問看護ステーション江東　藤田　 麻江子　　殿