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 あかり訪問看護ステーション　藤田　 麻江子　　殿