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 (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 日生 ( 歳) |
| 患者住所 | 電話 |
| 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○ 等 | 症状・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 ( :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 ( :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 |
| 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 )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 ) |

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

（

）

事業所

電 話

(Ｆ Ａ Ｘ)

医 師 氏 名 印

殿