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