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　～　　年　　月　　日)

点滴注射指示期間(令和　年　　月　　日　～　　年　　月　　日)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | |  | | | | 生年月日　　明・大・昭・平　　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○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 | |
| 認知症の状態 | | 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分類　　D3　 D4　 D5 　　　NPUAP分類　　Ⅲ度　　　Ⅳ度 | | |
| 装着・使用医療器具等 | | 1.自動腹膜潅流装置　　　　　2.透析液配給装置　　　　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  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(　　　　　　　　　　　　) | | | |
| 留意事項及び指示事項  Ⅰ療養生活指導上の留意事項 | | | | | | |
| Ⅱ1.リハビリテーション  2.褥瘡の処置等  3.装着・使用医療器具等の操作援助・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住、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。　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

医療機関名

住所

(ＦＡＸ)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

事業所名　　　　　きりん訪問看護ステーション