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 (20　　年　月　日 ～20　　年　月　日)

点滴注射指示期間 (20 　 年　月　日　～20 　 年　月 日)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | |  | | | | 生年月日  大・昭・平・令　 　年　　　月　　　日（　　歳） |
| 患者住所 | | 電話 　 －　　　　－ | | | | |
| 主たる傷病名  【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 | |  | | | |
| 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 | | | | 自立　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　　　　 　　　　　　　　）  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  　　　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

ハーブランド訪問看護ステーション