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