訪問看護指示書

在宅患者訪問点滴注射指示書

|  |  |
| --- | --- |
| 該当する指示書に☑して下さい。 | 指示期間 |
| [ ]  | **訪問看護指示書** | 令和 　年　　月　　日 ～ 令和 　年　　月　　日 |
| [ ]  | **点滴注射指示書** | 令和 　年　　月　　日 ～ 令和 　年　　月　　日 |
| 患　　者 | 患者氏名 |       | (フリガナ) |       |
| 生年月日 | 元号 | 　　 | 年 | 　　 | 月 | 　　 | 日 | 性別 | 　　 |  |
| 住所 | 〒 |       |       |
| 電話番号 |       | FAX番号 |       |
| 現在の状況 | 主たる傷病名 |       |
| 病状・治療状態 |       |
| 投与中薬剤の容量・用法 | 1.      3.      5.       | 2.      4.      6.       |
| 日常生活自立度 | 寝たきり度 |   |  | 認知症の症状 |   |  |
| 要介護認定状況 | 要支援 |   | 要介護 |   |
| 褥瘡の深さ | DESIGN分類 |   | NPUAP分類 |   |
| 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吸引機 | [ ]  |
| 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人口呼吸器 | [ ]  | 　　 | 設定 |       |
| ⑩気管カニューレ | [ ]  | サイズ |       | ⑪人口肛門 | [ ]  | ⑫人口膀胱 | [ ]  |
| 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. リハビリテーション(1日辺り 分を週 回)      ２. 屋外歩行試練( )      ３. 褥瘡の処置等      ４. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理      ５. 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 | 　　 | 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 | 　　 | 訪問介護事業所名 |       |
| 備考  |       |

上記の通り、指示いたします。

令和

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |       |
| 住　　　所 |       |
| 電　　　話 |       |
| （F A X） |      印 |
| 事業所： | 　　　　　　　　　　　　　　　　 | 医師氏名 |       |