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 |  |