（別紙様式16）

　　　　　　　 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　　 　　　　　年　　　月　　 日  （　　　歳） | |
| 患者住所 | | 電話（　　）　 　－ | | | | |
| 主たる傷病名 | | | (１)　　　 　　　　(２)　　 　　　　　(３) | | | |
| 現在の状況（該当項目に〇等） | 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 |
| 認知症の状況 | | | 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・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて  １日あたり20・40・60・（　　）分を週（　　）回（注:介護保険の訪問看護を行う場合に記載  　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。　　　　　　　　　　　　　令和 年 月 日

医療機関名

住　　　所

電　　　話

（ＦＡＸ）

医師氏名 印

訪問看護ステーション 殿