

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 (年 月 日 ～ 年 月 日)

点滴注射指示期間 (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) | | | | | | | |
| 傷病名コード | | | | | | | | | | |
| 現在の状況 (該当項目に○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 | J 1 | J 2 | A 1 | A 2 | B 1 | B 2 | C 1 | C 2 |
| | | 認知症の状況 | I | II a | II b | III a | III b | 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-R2020 分類 D 3 D 4 D 5 N P U A P 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 (1 / 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 | | | | | | | | | | |
| II 1. 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 | | | | | | | | | | |
| 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

事業所

殿

印