・（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 （ 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（ ） － |
| 主たる傷病名傷病名コード | （１） | （２） | （３） |
| 現在のに○ | 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 | 寝 た き り 度 | Ｊ１ Ｊ２ Ａ１ Ａ２ Ｂ１ Ｂ２ Ｃ１ Ｃ２ |
| 自 立 度 | 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-R2020 分類 Ｄ３ Ｄ４ Ｄ５ ＮＰＵＡＰ分類 Ⅲ度 Ⅳ度 |
| 装 着 ・ 使 用 | １．自動腹膜灌流装置 ２．透析液供給装置 ３．酸素療法（ ｌ／min） |
| 医 療 機 器 等 | 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。

医療機関名住 所

電 話

（F A X．）年 月 日

医師氏名 印

事業所　 殿