・（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