（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 | | | （１）　　　　　　　　　　（２）　　　　　　　　　　（３） | | |
| 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 | 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 | | | | | |
| Ⅱ　１．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 | | | | | |
| 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

（F A X．）

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　印

事業所　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　殿