**訪 問 看 護 指 示 書**

**在宅患者訪問点滴注射指示書**

※該当する指示書を〇で囲むこと

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）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
|  |
| 患者住所 | 〒　 　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　Tel |
| 主たる傷病名 |  |  |  |
| 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 | 1.3.5. | 2.4.6. |
| 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(番号に☑印) | [ ] 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：チューブサイズ　　　　　　、　　　　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．ドレーン　　　（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ] 12．人工肛門　　　[ ] 13．人工膀胱　　　[ ] 14．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・言語聴覚士が行う訪問看護　　　　１日あたり□20分　□40分　□60分　□（　　）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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：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：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：事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

上記のとおり、指定　訪 問 看 護　の実施を指示いたします。

年　　月　　日

医療機関名

　　住　　　所　電話（FAX）　　　　　　　（　　　　　　）

事業所　水沢病院訪問看護ステーションきらり　医師氏名　　　　　　　　 　　　　　印

 　 TEL：0197-25-3833　FAX：0197-47-3843