**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