**訪問看護指示書**

**在宅患者訪問点滴注射指示書**

（　　　　　　　　　） 月分　　 　　　 訪問看護指示期間（令和　　　年　　　月　　　日～令和　　　年　　　月　　　日）

点滴注射指示期間（令和 　年 　 月　　　日～令和　 　 年 　　月　　　日）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | 　 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 大・昭平・令 | 　　　　　年　　　　　月　　　　　日生（　　　　　　　歳） |
| 患者住所 | 　　 | 電話 | （　　　　　　　　）　　　　　－　　　　　　 |
| 主たる傷病名 | 　 |
| 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 | 　 |
| 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　　　　　（部位：　　　　あごかたあり　　　　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 ・ 従量式　　　　　 　　　　　　　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　が行う訪問看護１日あたり　（　20　 ・　 40　 ・　 60 　）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 |
| 指示コメント |
| 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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　不在時の対応法：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 特記すべき留意事項 （注：薬の相互作用・副作用について留意点、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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**特別訪問看護指示書**特別指示期間（令和　　　　年　　　　月　　　日　～　令和　 　　年　　　月　　　日）

|  |
| --- |
| 留意事項及び指示事項・一時的に訪問看護が頻回に必要な理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

上記のとおり、指示いたします。

令和　　 　　　年　　　　　月　　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |
| 朝倉医師会 |  | 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |
| 訪問看護ステーション　殿 |  | 電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |
| 電話（0946）24-0809 |  | （FAX）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |
| FAX （0946）24-0814 |  | 医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 印 |