**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 | | 様 | | | | 生年月日　大正・昭和・平成　　 　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 | | | | 自立　　要支援（１　２）　　要介護（１　２　３　４　５） | |
| 褥　瘡　の　深　さ | | | | DESIGN-R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  　　２. 褥瘡の処置等  　　３. 装置・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があれば記載。*） | | | | | | |
| 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、訪問看護の実施を指示いたします。　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

医療機関名

住　　　所

電　　　話

F　 A　 X

医 師 氏 名 　　　　　　　 印

事業所　　　　　　　　　　　　　殿