

(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)  |                   |     |      |       |     |     |     |
| 傷病名コード                                                                                                    |                  |                                                                                                                                                                                                                                     |      |                   |     |      |       |     |     |     |
| 現在の状況<br>(該当項目に○等)                                                                                        | 病状・治療<br>状 態     |                                                                                                                                                                                                                                     |      |                   |     |      |       |     |     |     |
|                                                                                                           | 投与中の薬剤<br>の用量・用法 | 1.                                                                                                                                                                                                                                  | 2.   | 3.                | 4.  | 5.   | 6.    |     |     |     |
|                                                                                                           | 日常生活<br>自 立 度    | 寝たきり度                                                                                                                                                                                                                               | J 1  | J 2               | A 1 | A 2  | B 1   | B 2 | C 1 | C 2 |
|                                                                                                           |                  | 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-R2020 分類 D 3 D 4 D 5 NPUAP 分類 III度 IV度                                                                                                                                                                                       |      |                   |     |      |       |     |     |     |
|                                                                                                           | 装着・使用<br>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 )<br>4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ<br>7. 経管栄養 ( 経鼻・胃瘻 : サイズ , 日に1回交換 )<br>8. 留置カテーテル ( 部位 : サイズ , 日に1回交換 )<br>9. 人工呼吸器 ( 陽圧式・陰圧式 : 設定 )<br>10. 気管カニューレ ( サイズ )<br>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. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護<br>( 1日あたり ( ) 分を週 ( ) 回 )<br>2. 褥瘡の処置等<br>3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理<br>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<br>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<br>( 無 有 : 指定訪問看護ステーション名 )<br>たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示<br>( 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

(FAX.)

医師氏名

印

事業所

殿