

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(令和 年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間(令和 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・該当項目に○等 | 病状・治療 状態 | *パーキンソン病の場合:ホーエン・ヤールの重症度ステージ I・II・III・IV・V 生活機能障害度 1度・2度・3度 | | | | | |
| | 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 | 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(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.ドレーン(部位: |) 12.人工肛門 | | | | |
| | 13. 人工膀胱 | 14.自己導尿 | 15.褥瘡(部位: |) 16.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 | | | | | | | |
| *以下を実施する場合はチェックしてください。 II <input type="checkbox"/> 1. リハビリテーション <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて 1日あたり 20・40・60・()分を週()回 </div> <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> 嚥下評価・訓練 <input type="checkbox"/> 屋外歩行訓練 <input type="checkbox"/> 身体機能・高次脳機能・呼吸リハビリテーション・日常生活活動・環境整備・介護指導・その他() <input type="checkbox"/> 2. 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> 3. 傷の処置 <input type="checkbox"/> 4. 排便コントロール(必要時GE、摘便) <input type="checkbox"/> 5. 装着・使用機器等の操作援助・管理 <input type="checkbox"/> 6. 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して下さい。) | | | | | | | |
| 退院当日の訪問看護の必要性 (無 有) | | | | | | | |
| 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、指示いたします。 令和 年 月 日 | | | | | | | |
| 事業所 | 指定訪問看護ステーション あい訪問看護ステーション 殿 〒206-0012 東京都多摩市貝取1431-3 TEL 042-371-6888 FAX 042-357-4801 | 医療機関名 住 所 電 話 (F A X) 医 師 氏 名 | 印 | | | | |