

訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

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)

※該当する指示書を○で囲むこと

| | | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------------|------|-----------|----------------|-------------|------|----|----------|----|
| 患者氏名 | | | 生年月日 | 明・大・昭・平・令 | | 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. 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 要介護 (1 2 3 4 5) | | | | | | | | |
| | 褥瘡の深さ | NPUAP分類(★) | | III度 | IV度 | DESIGN分類(☆) | | D3 | D4 | D5 |
| 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 (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 | | | | | | | | | | |
| 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. 感染症の有 () ・ 無 | | | | | | | | | | |
| 5. 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 : 指定訪問看護ステーション名) | | | | | | | | | | |
| たんの吸引等実態のための訪問介護事業所への指示 (無 有 : 指定介護事業所名) | | | | | | | | | | |

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
(FAX .)
医 師 氏 名

印

タツミ訪問看護ステーション 殿

★褥瘡の深さの分類 NPUAP(ステージIII): 全組織欠損。皮下脂肪は確認できるが、骨、腱、筋肉は露出していないことがある。
 ★褥瘡の深さの分類 NPUAP(ステージIV): 骨、腱、筋肉の露出を伴う全組織欠損。
 ☆褥瘡の深さの分類 D3: 皮下組織までの損傷 D4: 皮下組織を超える損傷 D5: 関節腔、体腔に至る損傷または、深さ判定が不能の場合