**介護予防訪問看護・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～　年　月　日）

点滴注射指示期間（令和　年　月　日～　年　月　日）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | | 様 | | | | 生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　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 | | | | 自立　　要支援（１　２）　　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（　 　/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・胃ろう：チューブサイズ　　　　　　　、　　　 　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.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（注：介護保険の訪問看護を行う場合に記載）  　　２. 褥瘡の処置等  　　３. 装置・使用機器等の操作援助・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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示  　　（無　有　：指定訪問介護事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

　　年　　月　　日

医療機関名

住　　　所

電　　　話

（ F A X ）

G.Hope株式会社

医 師 氏 名 　　　　　　　 印

　事業所　G.グレイス訪問看護ステーション 殿