**B-6**（別紙様式１６） 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

 ※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 大・昭・平・令 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（該当項目に〇等）  | 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  | 要支援（ 1 2 ） 要介護 ( 1 2 3 4 5 ) |
| 褥 瘡 の 深 さ  | DESIGN-R2020 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（ /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 ） 1. 気管カニューレ（サイズ ）
2. 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  |
|  Ⅱ１．理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護  1 日あたり（ ）分を週（ ）回   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．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  |
| 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：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 訪問看護ステーション 　　　　　　　　　 殿