**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