**記載例**　　　　　　　　　　　**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（平成　年　月　日～　年　月　日）

在宅注射指示期間（平成　年　月　日～　年　月　日）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | | 様 | | | | 生年月日　明・大・昭・平　年　月　日  **※胸腔又は腹腔ドレーン、経皮経肝胆管ドレナージチューブ（PTCD）等は、8留置カテーテルの項目に記載をお願いします。**  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　歳） |
| 患者住所 | | **※超重症児・準超重症児の場合は、状態あるいはスコアの記載をお願いします。**  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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　　DESGN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  　　２. 褥瘡の処置等  **※定期巡回・随時対応型訪問看護介護事業所との連携をしています。留意点があれば記載をお願いします。**  　　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  **※訪問介護事業所へ特定行為等の指示をされている場合は、訪問介護事業所名の記載をお願いします。**  　　（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、指示いたします。

平成　　年　　月　　日

医療機関名

**※訪問開始月日は鉛筆書きの年月日で記載をお願いします。**

住　　　所

電　　　話

（ F A X ）

医 師 氏 名 　　　　　　　 印

訪問看護ステーション　えがお　　　　様

**記載例**

**精神科訪問看護指示書**指示期間（平成　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 | | **※利用者が他科にもかかっている場合、必要時他科の診療情報の記載をお願いします。**  　　電話（　　）　　　－ | | | | 施設名 |
| 主たる傷病名 | | | |  | | |
| 現在の状況 | 病状・治療状況 | | |  | | |
| 投与中の薬剤  の用量・用法 | | |  | | |
| 病名告知 | |  | あり・なし | | |
| 治療の受け入れ | | |  | | |
| 複数名訪問の必要性 | | | あり・なし | | |
| 短時間訪問の必要性 | | | あり・なし | | |
| 日常生活自立度 | | | 認知症の状況　　　（Ⅰ　　Ⅱa　　Ⅱb　　Ⅲa　　Ⅲb　　Ⅳ　　M　） | | |  |
| 精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項  1 生活リズムの確立  　2　家事能力、社会技能等の獲得  　3　対人関係の改善（家族含む）  　4 社会資源活用の支援  **※運動機能低下の予防等、理学療法士等の訪問が必要な場合は記載をお願いします。**  　5　薬物療法継続への援助  　6　身体合併症の発症・悪化の防止  　7 その他 | | | | | | |
| 緊急時の連絡先  不在時の対応法 | | | | | | |
| 主冶医との情報交換の手段 | | | | | | |
| 特記すべき留意事項 | | | | | | |
| 上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日 | | | | | | |

医療機関名

**※訪問開始月日は鉛筆書きの年月日で記載をお願いします。**

住　　　所

電　　　話

（ F A X ）

医 師 氏 名 　　　　　　　 印

訪問看護ステーションえがお　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様