

# ～訪問看護指示書記載時のお願い～

## 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

		① 訪問看護指示期間 (令和 年 月 日～ 年 月 日)		① 指示期間は1ヶ月～6ヶ月の間でお願いいたします。	
		① 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 期・大・地・平 年 月 日 (歳)			
患者住所	電話 ( ) -				
② 主たる傷病名	② 主たる傷病名によって訪問看護が介入する保険の優先度が変わります。 特に以下の傷病名は注意をお願いいたします。 ・末期の悪性腫瘍の場合は「末期」を記載 ・パーキンソン病の場合は「ヤールの重症度分類」と「生活機能障害度」を記載				
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療態				
	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)			
③ 褥瘡の深さ	③ 「真皮を越える褥瘡の状態」である場合、NPUAP分類でIII度・IV度、DESIGN分類でD3・D4・D5のいずれかに○印をお願いいたします。				
	NPUAP分類	Ⅲ度	Ⅳ度	DESIGN分類	D3 D4 D5
装着・使用医療機器等	1.自動投薬薬液装置 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・経口) ; 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	④ 理学療法士などリハビリの専門職が訪問する場合、「1.リハビリテーション」に○印、指示内容、訪問頻度の記載が必須となります。 リハビリは1日あたり ( ) 分を週 ( ) 回で記載いただくと幸いです。 また、屋外歩行練習が可能な場合は、「屋外歩行可能」の記載をお願いいたします。				
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・言語聴覚士が行う訪問看護 1日あたり ( ) 分を週 ( ) 回				
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、薬剤アレルギーの既往、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。					
⑤	令和 年 月 日 医療機関名 住 所 電 話 ( FAX ) 医 師 氏 名				⑤ 医師氏名に加えて捺印も必須となります。ご確認のほどよろしくお願い申し上げます。