

# 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6年1月1日 ~ 令和6年2月29日 )

点滴注射指示期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )

患者氏名	生年月日	年	月	日	( 歳 )
------	------	---	---	---	-------

患者住所	電話 ( )	-
------	--------	---

主たる傷病名	(1) 大腸癌多発肝・肺転移	(2) 末期癌	(3) 癌性疼痛
傷病名コード	C189	C809	R522

現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状態	大腸癌多発肝・肺転移で末期の状態。経口摂取できず、在宅中心静脈栄養中。酸素化不良のため在宅酸素使用中。尿カテーテル留置中。									
	投与中の薬剤の用量・用法	1. オキシコドン徐放錠(10) 2T/12時間ごと		2. オキシコドン散(2.5) 1P/疼痛時 1時間あけて使用可		3. ロキソプロフェン(60) 3T/分3 毎食後		4. ランソプラゾール(15) 1T/分1 朝食後		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 ( 1 l/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)		8. 留置カテーテル(部位: 膀胱 サイズ)		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  
 癌の諸症状の把握、対応をお願いいたします。機器の操作援助をお願いします。

II  
 1. 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( 40 ) 分を週( 2 )回 ]  
 日常生活動作訓練、ADL維持  
 2. 褥瘡の処置等 洗浄後に、1日1回ゲーベンクリーム1%塗布  
 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 在宅酸素および在宅中心静脈栄養の管理、補助をお願いします。  
 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)  
 エル○オパN○1号 1000ml 40ml/h

緊急時の連絡先 ○○クリニック  
 不在時の対応 027-△△△-□□□□ つながらないときは、090-△△△△-□□□□

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。

令和6年1月1日

医療機関名  
 住 所  
 電 話  
 ( F A X )  
 医 師 氏 名

印

事業所

殿