

特定行為 手順書雛型：脱水症状に対する輸液による補正

患者 ID 氏名		生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
住所		
指示期間	西暦 年 月 日	～ 西暦 年 月 日
意思決定	<input type="checkbox"/> 当事業所の訪問看護サービスを利用している在宅療養中・施設入所中の患者 <input type="checkbox"/> 看護師による特定行為について説明を受け同意が得られている	
診療の補助内容	脱水症状に対する輸液による補正	
医療安全の確保	<input type="checkbox"/> 緊急時の対応を医師と相談する	
連絡体制	<input type="checkbox"/> 主治医() <input type="checkbox"/> 病院・診療所()	
報告方法	<input type="checkbox"/> 医師と相談し決定する：□電話 □FAX □メール □MCS 等のツール	
	下記は特定行為看護師が確認(追加があれば記入)	
特定行為の 対象となる患者	<input type="checkbox"/> 経口から水分などを全く摂取できていない <input type="checkbox"/> 胃腸炎や下痢症の疑いがある <input type="checkbox"/> 軽度熱中症の疑いがある <input type="checkbox"/> 自覚症状(口渇、倦怠感、易疲労感、めまいなど)、飲水量・排泄量などから脱水が疑われる場合 <input type="checkbox"/> 脱水による補液を繰り返している	
患者の 病状の範囲	<input type="checkbox"/> 意識障害がない(精神状態の変化がないことも含む) <input type="checkbox"/> バイタルサインに異常がない <input type="checkbox"/> 呼吸状態が安定している(92%≦SpO2 *厚生労働省参考値) <input type="checkbox"/> 重症心不全および心不全徴候、慢性腎臓病が認められない <input type="checkbox"/> 主治医による初回の病状の判断(診断)がされている ・病歴や身体診察から、脱水の原因が感染症など急性疾患によるものと考えられる場合は、主治医に直接連絡	
特定行為を 実践する時に 確認すべき事項	<input type="checkbox"/> 意識レベルの変化 <input type="checkbox"/> バイタルサインの変化(血圧低下、脈拍増強、92%≦SpO2) <input type="checkbox"/> 補液による溢水と思われる所見 ・呼吸状態の変化(呼吸数、呼吸苦、喘鳴、肺雑音の聴取) ・浮腫の出現または悪化(顔面、下腿など)	

上記のとおり、特定行為に係わる実施を指示いたします

西暦 年 月 日

医療機関
住所
殿 医師氏名