手順書：脱水症状に対する輸液による補正 (ver.1)

対象者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

指示期間： 2025年2月21日 ～ 2025年8月20日

事業所名：

特定行為に係る看護師：

【必要物品】（指示医療機関から払い出します）

□輸液

□

【当該手順書に関する特定行為の対象となる患者】

在宅で訪問看護を受けている患者または施設入所者で

●自他覚症状や飲水量や排尿回数などから脱水が疑われる場合

または

●脱水による補液を繰り返しており、今後脱水を起こしうる可能性が高いと考えられる患者

【看護師に診察の補助を行わせる患者の病状の範囲】

□意識状態の変化なし

□軽度の頻脈以外にバイタルサインに異常がない

□SpO2が（ 95 ・ 93 ・ 90 ）％以上

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、担当医師に直接連絡

病状の範囲外

不安定・緊急性あり

病状の範囲内

安定・緊急性なし

【診察補助の内容】脱水症状に対する輸液による補正

【特定行為を行うときに確認すべき事項】

□輸液による溢水と思われる自他覚所見が出現していない（呼吸困難、喘鳴、浮腫など）

□意識状態、バイタルサインに問題がない

ひとつでも該当しない場合は担当医師へ連絡

【医療の安全を確保するために担当医師へ連絡が必要となった場合】

□連絡先（ ）

□その他（ ）

【特定行為後の担当医師への報告の方法】

□担当医師に電話で直接連絡 □バイタルリンクで報告

□看護記録・報告書への記載

指示日： 2025年2月21日

医療機関名：

医師氏名：