

特別訪問看護指示書
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

特別訪問看護指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

点滴注射指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
病状・主訴： 一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：	
留意事項及び指示事項 (注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい)	
点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)	
緊急時の連絡先等	

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

印

記載注意点

(別紙様式 18)

※訪問看護指示書が交付されていることが前提条件です。

特別訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

特別訪問看護指示期間は月14日間を限度として交付することができます。

※該 在宅患者訪問点滴注射指示書の有効期間は7日間です。

特別訪問看護指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

点滴注射指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
------	----------------------------

病状・主訴：

一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：

- ①介護保険で訪問看護利用している場合。
 - ②医療保険で週3回を限度として訪問看護を利用している場合。
 - ①②の場合で頻回に訪問看護が必要になった場合に交付する。
- ※介護保険で訪問看護を利用している場合は、医療保険に切り替わります。
※「気管カニューレを使用している状態にある者」「真皮を超える褥瘡の状態にある者」については、月2回まで特別訪問看護指示書の交付可能です。

留意事項及び指示事項 (注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい)

感染症や特に注意が必要なことを記載してください。

点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)

- ①在宅患者訪問点滴注射指示書は週3日以上点滴注射を行う必要を認め、訪問看護ステーションに対して指示を行う場合に交付します。
- ②患者1人につき週1回(指示期間7日以内)に限り、月に何回でも交付できます。
- ③在宅患者訪問点滴注射指示書の交付が無い場合、例えば静脈注射、皮下注射、筋肉注射、CVポートなどの指示をする場合に記載します。

緊急時の連絡先等

夜間を含め24時間連絡が取れる連絡先を記載してください。又は〇〇医師と連携などを記載してください。

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

指示日は指示期間開始日を含まなくてはならない。

印

事業所

殿