

記載留意事項

(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。(原則月1回)
※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。
・急性感染症等の急性増悪時 ・末期の悪性腫瘍等の終末期 ・退院直後
・週4回以上の頻回な訪問看護が必要
※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不要場合、例えば静脈注射、皮下注射、筋肉注射、CVポートなどの指示は訪問看護指示書に記載します。

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。

医療機関名
電 話
(FAX)
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。

年 月 日

印

事業所

殿