

特別訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

週3日以上点滴が必要となった場合は、主治医からの在宅患者訪問点滴指示書の交付が必要。
週1～2回の点滴が必要な場合であっても主治医からの点滴の指示が必要であり、点滴を正確に実施できるようにその内容と方法が明確に記載された文書(指示書)であれば、通常の訪問看護指示書その他の様式であっても差し支えない。

指示期間は指示日から7日間まで 週1回交付。

特別看護指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

点滴注射指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

期間は1回につき14日まで。
原則月1回ですが、①気管カニューレを使用している状態にある患者、②真皮を超える褥瘡の状態にある患者については月2回まで交付・算定可能。

訪問看護開始日は、診療日になる。診療を行っていない日付での交付は不可。

患者氏名	生年月日	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			

特別看護指示期間は、介護保険対象の利用者の場合は医療保険による訪問看護に代わる。

緊急時の連絡先および不在時の対応方法を必ず記入。

上記のとおり、指示致します。

年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX.)
医 師 氏 名

印

事業所

殿