

例① 在宅療養中に発熱のため在宅点滴を行う場合（特別訪問看護指示と点滴指示）

特別指示と点滴指示の
どちらも○で囲んでください。

特別訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

特別訪問看護指示は**最長14日間**、点滴注射指示は**最長7日間**となります。
特別訪問看護指示は**原則1回/月**、点滴注射指示は**制限なし**となります。

※該当する指示書を○で囲んでください

特別看護指示期間（令和 5年 1月 1日 ~ 令和 5年 1月 14日）

点滴注射指示期間（令和 5年 1月 1日 ~ 令和 5年 1月 7日）

患者氏名 訪看 太郎 様	生年月日 大・ 昭 ・平・令 10 年 1 月 1 日 (88 歳)
病状・主訴 #1. 誤嚥性肺炎の疑い	診断名などを記入。症状でも可能（脱水症状や〇〇疑いなど）
一時的に頻回な訪問看護が必要な理由 心不全末期により在宅療養中。 令和5年1月1日に38.0℃の発熱を確認。誤嚥性肺炎の疑いにより、点滴加療および訪問看護による支援が必要。	現病歴や病状、治療経過などの記入と訪問看護へのご指示を記入してください
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。） 脱水症状に注意をすること 冷汗、呼吸困難など、ショック、アトフィラキシー症状に注意	
点滴注射指示内容（投与薬剤・投与量・投与方法等）	薬剤や投与量、滴下速度など記入してください。
ロセフィン点滴静注用 1g+生理食塩水 100 ml 1月1日~1月5日まで5日間 ゾルテム 3a 輸液 500ml 1月1日~1月7日まで7日間 1月5日血液検査のため採血	
緊急時の連絡先 000-000-0000 000-0000-0000(夜間の緊急時)	

上記のとおり、指示します。

指示日は**指示期間の初日**か、**それ以前の日**でご記入ください。

令和 5年 1月 1日

医療機関

電 話

医師氏名

印

訪問看護ステーション彩り小榊事業所 宛

《診療点数の算定について》

特別訪問看護指示書を発行した場合 → 「特別訪問看護指示加算」をご算定ください。

点滴注射指示書を発行した場合 → 在宅点滴を3日以上実施した際に、3日目に「在宅患者訪問点滴注射管理指導料」をご算定ください。