

(別紙様式16)

指示期間:1ヶ月~6か月  
指示期間以外の訪問看護はできない

訪問看護指示書  
在宅患者訪問点滴注射指示書

記入する際の注意点

点滴注射指示期間は1週間単位

\*該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間(平成 年 月 日~ 年 月 日)  
点滴注射指示期間(平成 年 月 日~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日		明・大・昭・平		年 月 日		( 歳)		
患者住所	電話( ) -								
主たる傷病名	(1) <b>ここに書かれる傷病名が、介護保険対象か医療保険対象かの判断基準となる</b>								
現在の状況	病状・治療状態	p 60 参照						p 56 参照	
	投与中の薬剤の用量・用法	1、	2、	3、	4、	5、	6、		
日常生活・自立度	寝たきり度	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1 C 2	
	認知症の状況		II a	II b	III a	III b	IV	M	
該当項目に○等	要介護認定の状況	要支援 ( 1 2 ) 要介護 ( 1 2 3 4 5 )							
	褥瘡の深さ	DESIGN分類 D3 D4 D5			NPUAP分類		Ⅲ度 Ⅳ度		
装着・使用医療機器等	1、自動腹膜還流装置	2、透析液供給装置		3、酸素療法( l/min)					
	4、吸引器	5、中心静脈栄養		6、輸液ポンプ					
○をつけた際( )内は必ず記入	7、経管栄養(経鼻・胃瘻: サイズ	、		日に1回交換)					
	8、留置カテーテル(部位: サイズ	、		日に1回交換)					
	9、人工呼吸器(陽圧式・陰圧式:設定	)							
	10、気管カニューレ(サイズ)								
	11、人工肛門	12、人工膀胱	13、その他( )						
留意事項及び指示事項									
I 療養生活指導上の留意事項		<b>全体的な注意点を包括的に記載する</b>							
II 1、リハビリテーション									
2、褥瘡の処置等		看護師が行う「診療の補助」行為については、具体的な指示を記載する							
3、装着・使用医療機器等の操作援助・管理									
4、その他									
在宅患者訪問点滴注射に関する指示(投与薬剤・投与量・投与方法等)									
投与薬剤・投与量・点滴の速度・投与方法・注意事項などについて具体的に記載する									
緊急時の連絡先									
不在時の対応法 <b>夜間も含め緊急時の連絡先を記載する</b>									
特記すべき事項(注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往・定期巡回・随時対応型訪問介護・看護及び複合型サービス利用時の留意事項があれば記載して下さい)									
<b>感染症等についても記載する</b>									
他訪問看護ステーションへの指示 <b>複数の訪問看護ステーションに訪問看護指示書を交付している場合に記載する</b>									
(無 有: 指定訪問看護ステーション名									
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 <b>介護事業所に指示を出している場合に記載する</b>									
(無 有: 訪問介護事業所名									

上記の通り、指示いたします。

平成 年 月 日

依頼先の訪問看護ステーション名を記載する

医療機関名  
住所  
電話  
(FAX)  
医師氏名

指示日は、指示期間開始日以前であること

事業所名 殿

(別紙様式17)

内科の医師は「精神科訪問看護指示書」を書けない

### 精神科訪問看護指示書

指示期間(平成 年 月 日～ 年 月 日)

患者氏名	生年月日	指示期間は、1～6か月以内	日 ( 歳)
------	------	---------------	--------

患者住所	電話( ) -	施設名
------	---------	-----

主たる傷病名	(1)	(2)	(3)
--------	-----	-----	-----

現在の状況	病状・治療状況	認知症患者でも「精神科在宅患者支援管理料」を医療機関が算定している場合は、医療保険となる(算定要件は業務の手引きP128～130参照)
	投与中の薬剤の用量・用法	
	病名告知	あり・なし
	治療の受け入れ	
	複数名訪問の必要性	あり・なし
	短時間訪問の必要性	あり・なし
	日常生活自立度	認知症の状況( I IIa IIb IIIa IIIb IV M )

精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項

- 生活リズム確立
- 家事能力、社会技能等の獲得
- 対人関係の改善(家族含む)
- 社会資源活用の支援
- 薬物療法継続への援助
- 身体合併症の発症・悪化の防止
- その他

ここに記載されなければ加算は取れない

緊急時の連絡先  
不在時の対応法  
主治医との情報交換の手段  
特記すべき留意事項

上記の通り、指定訪問看護の実施を指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名  
住 所  
電 話  
(FAX)  
医師氏名

指定訪問看護ステーション

殿