

**\* 訪問看護指示書が交付されていることが前提条件**

**特別訪問看護指示書**  
**在宅患者訪問点滴注射指示書**

(※該当する指示書に○で囲んでください)

特別訪問看護指示期間(令和2年7月1日~令和2年7月14日)  
在宅注射指示期間(令和2年7月1日~令和2年7月7日)

\* 指示期間は月14日間を限度として  
交付することができる

\* 指示期間は点滴実施予定期間を記載  
\* 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算  
定する場合は、7日毎に指示書を発行する

- ①介護保険で訪問看護を利用している場合  
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の場合で急性増悪など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る

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ください。)

感染症や特に注意が必要なことを記載

点滴注射指示内容(投与薬剤・投与量・投与方法等)

- ① ○○○ 500ml 2時間かけて7日間  
② ×××1g×2(朝・夕)3日間など 末梢点滴(留置針) △分かけて

例えば、末梢点滴、静脈注射、皮下注射、筋肉注射などの指示が必要な場合に記載する。  
不要な場合は未記載となる。

緊急時の連絡先等

夜間を含め連絡が取れる連絡先や連絡が取れない場合の対応方法について記載。または、○○医師と連携、○○病院へ救急搬送などを記載。

上記のとおり指示いたします。

令和2年7月1日

**\* 指示日は特別訪問看護指示期間の開始日と同日でなければならない**

○○訪問看護ステーション 様

医療機関名 ○○○○○○  
電話 ○○○○-○○○○  
(FAX) ××-××××  
医師氏名 ○○ △△△

印