

見本

(別紙様式18)

指示書の種類を○で囲む

特別訪問看護指示期間と点滴開始日は診察の翌日からの日付をお願いします。

特別看護指示期間は最長14日まで記入出来ます。

特別訪問看護指示書

在宅患者訪問点滴注射指示書

※この日付の場合、R3.9.30が受診(診察日)です※

※該当する指示書を○で囲むこと

点滴指示期間は1週間毎となります

特別看護指示期間 (令和 3 年 10 月 1 日 ~ 令和 3 年 10 月 14 日)

点滴注射指示期間 (令和 3 年 10 月 1 日 ~ 令和 3 年 10 月 7 日)

患者氏名	川崎 花子 様	生年月日	大・昭(平) 令和 5 年 5 月 5 日 (27 歳)
------	---------	------	----------------------------------

病状・主訴:

嘔気、嘔吐、倦怠感、経口摂取困難 など

※2週目の点滴指示をくださる場合※
見本②をご参照ください。

一時的に訪問看護が頻回に必要な理由:

脱水傾向にて点滴が必要な状態

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。)

不安が強いため点滴施行の声掛けや思いの傾聴など精神的サポートもお願いします。

※気なることがありましたら記入してください※

点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)

ヴィーンD輸液 0.00% 500mL1袋 + フドウ糖注射液50%20mL1管 + ビタメジン静注用1瓶
+ ビスラーゼ注射液10mg1管 など 250ml/h 滴下時間等を記入

緊急時の連絡先等

夜間・土日祝日もつながる電話番号を記入してください

特別訪問看護指示書の開始日もしくは、それより前の日付をお願いします

上記の通り、指示いたします。

令和 3 年 10 月 1 日

事業所

あゆむ訪問看護チーム

医療機関名

住 所

電 話

(FAX)

殿 医 師 氏 名

※ご記入をお願いします※



見本②

(別紙様式18)

※特指示期間中、点滴注射指示書(2週目)のみを発行する場合※
(在宅患者訪問点滴注射管理指導料2回目算定)

○で囲む

特別訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)
点滴注射指示期間 (令和 3 年 10 月 8 日 ~ 令和 3 年 10 月 14 日)

患者氏名	川崎 花子 様	生年月日	大・昭・平・令 5 年 5 月 5 日 (27 歳)
------	---------	------	--------------------------------

病状・主訴：
嘔気、嘔吐、倦怠感、経口摂取困難 など

一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：
脱水傾向にて点滴が必要な状態

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。)

不安が強いため点滴施行の声掛けや思いの傾聴など精神的サポートもお願いします。
※気なることがありましたら記入してください※

点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)

**ヴィーンD輸液 0.00% 500mL1袋+ブドウ糖注射液50%20mL1管+ビタメジン静注用1瓶
+ビスラーゼ注射液10mg1管 など 250ml/h 滴下時間等を記入**

緊急時の連絡先等

夜間・土日祝日もつながる電話番号を記入してください

点滴注射指示期間の開始日もしくは、それより前の日付をお願いします

上記の通り、指示いたします。

令和 3 年 10 月 8 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
事業所
あゆむ訪問看護チーム 殿 医師 氏 名

※ご記入をお願いします※

