

『診療報酬点数表 改正点の解説 令和8年6月版 医科・調剤』 附録

## 追補情報⑩ 訪問看護療養費関係の様式

(本書関連頁) 1218 頁～、  
(出典) 令和8年3月5日付け厚生労働省保険局医療課長通知「保医発 0305 第 19 号」

別紙様式 1・2：訪問看護の情報提供書（市町村等宛）

別紙様式 3：訪問看護の情報提供書（学校等宛）

別紙様式 4：訪問看護の情報（療養に係る情報）提供書（主治医宛）

参考様式：褥瘡対策に関する看護計画書（例示）

訪問看護の情報提供書

(情報提供先) 殿

指定訪問看護ステーションの所在地及び名称  
 電話番号  
 管理者氏名

以下の利用者に関する訪問看護の情報を提供します。

利用者氏名	
性別 (男 女) 生年月日 年 月 日生 ( 歳) 職業	
住 所	
電話番号 ( ) -	
主治医氏名	
住 所	
主 傷 病 名	
日常生活活動 (ADL) の状況 (該当する事項に○)	
移動 自立 ・一部介助 ・全面介助	食事 自立 ・一部介助 ・全面介助
排泄 自立 ・一部介助 ・全面介助	入浴 自立 ・一部介助 ・全面介助
着替 自立 ・一部介助 ・全面介助	整容 自立 ・一部介助 ・全面介助
要介護認定の状況 (該当する事項に○)	
自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)	
病状・障害等の状態	
1月当たりの訪問日数 (訪問看護療養費明細書の実日数を記入すること) 日 ( 回)	
家族等及び主な介護者に係る情報	
看護の内容	
必要と考えられる保健福祉サービス	
その他特記すべき事項	

【記入上の注意】

必要が有る場合には、続紙に記載して添付すること。

訪問看護の情報提供書

(情報提供先) 殿

指定訪問看護ステーションの所在地及び名称  
 電話番号  
 管理者氏名

以下の利用者に関する訪問看護の情報を提供します。

利用者氏名
性別 (男 女) 生年月日 年 月 日生 ( 歳) 職業
住 所
電話番号 ( ) -

主治医氏名
住 所

主 傷 病 名
日常生活等の状況 1 食生活、清潔、排泄、睡眠、生活リズム等について 2 服薬等の状況について 3 作業（仕事）、対人関係等について

要介護認定の状況 (該当する事項に○) 自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)
---

1月当たりの訪問日数 (訪問看護療養費明細書の実日数を記入すること)	日
------------------------------------	---

家族等及び 主な介護者 に係る情報	
-------------------------	--

看護の内容	
-------	--

必要と考 えられる 保健福祉 サービス	
------------------------------	--

そ の 他 特記すべ き 事 項	
------------------------	--

【記入上の注意】

必要が有る場合には、続紙に記載して添付すること。

訪問看護の情報提供書

(情報提供先) 殿

指定訪問看護ステーションの所在地及び名称  
 電話番号  
 管理者氏名

以下の利用者に関する訪問看護の情報を提供します。

利用者氏名
性別 (男 女) 生年月日 年 月 日生 ( 歳)
住 所
電話番号 ( ) -

主治医氏名
住 所
主 傷 病 名
傷病の経過
日常生活等の状況 1 食生活、清潔、排泄、睡眠、生活リズム等について 2 服薬等の状況について 3 家族等について

1月当たりの訪問日数 (訪問看護療養費明細書の実日数を記入すること) 日

看護の内容	
医療的ケア等の実施方法及び留意事項	
その他特記すべき事項	

【記入上の注意】

必要が有る場合には、続紙に記載して添付すること。

訪問看護の情報（療養に係る情報）提供書

（主治医 医療機関名）

殿

指定訪問看護ステーションの所在地及び名称  
 電話番号  
 管理者氏名

（入院又は入所先医療機関等）

以下の利用者に関する訪問看護の情報（療養に係る情報）を提供します。

利用者氏名	
性別（男 女） 生年月日 年 月 日生（ 歳） 職業	
住 所	
電 話 番 号	（ ） -

主治医氏名	
医療機関名	
住 所	
主 傷 病 名	
既往歴	
要介護認定等	要介護認定の状況（該当する事項に○） 自立 要支援（1 2） 要介護（1 2 3 4 5） その他（利用しているサービス等）

日常生活等の状況	（食生活、清潔、排泄、睡眠、生活リズム等）  （服薬等の状況）  （家族、主な介護者等）
----------	--

看護に関する情報	（看護上の問題等）  （看護の内容）  （ケア時の具体的な方法や留意点、継続すべき看護等）
----------	---

その他	
-----	--

【記入上の注意】

必要が有る場合には、続紙に記載して添付すること。

参考様式

褥瘡対策に関する看護計画書（例示）

氏名 \_\_\_\_\_ 殿 男 女 計画作成日 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 年 月 日 生 ( \_\_\_\_\_ 歳) 記入看護師名 \_\_\_\_\_

褥瘡の有無 1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他( )) 褥瘡発生日 \_\_\_\_\_  
 2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他( ))

<日常生活の自立度が低い利用者の褥瘡に関する危険因子の評価>

危険因子の評価	日常生活自立度	J(1, 2)	A(1, 2)	B(1, 2)	C(1, 2)	対処
	・基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換) (イス上 坐位姿勢の保持、除圧)				できる	
・病的骨突出			なし	あり		
・関節拘縮			なし	あり		
・栄養状態低下			なし	あり		
・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便秘)			なし	あり		
・皮膚の脆弱性(浮腫)			なし	あり		
・皮膚の脆弱性(スキナーケアの保有、既往)			なし	あり		

<褥瘡を有する利用者の状態の評価>

両括弧内は点数 (※1)

褥瘡の状態の評価 (DESIGNIR2020)	両括弧内は点数 (※1)								合計点
	深さ	(0)皮膚損傷・発赤なし	(1)持続する発赤	(2)真皮までの損傷	(3)皮下組織までの損傷	(4)皮下組織をこえる損傷	(5)関節腔、体腔に至る損傷	(DTI)深部損傷褥瘡(DTI)疑い(※2)	
滲出液	(0)なし	(1)少量:毎日の交換を要しない	(3)中等量:1日1回の交換	(6)多量:1日2回以上の交換					
大きさ (cm <sup>2</sup> ) 長径×長径に直交する最大径 (持続する発赤の範囲も含む)	(0)皮膚損傷なし	(3)4未満	(6)4以上16未満	(8)16以上36未満	(9)36以上64未満	(12)64以上100未満	(15)100以上		
炎症・感染	(0)局所の炎症徴候なし	(1)局所の炎症徴候あり (創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛)	(3C) (※3) 臨界的定着疑い (創面にぬめりがあり、滲出液が多い、肉芽があれば、浮腫性で脆弱など)	(3) (※3) 局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭)	(9) 全身的影響あり (発熱など)				
肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0)創が治癒した場合、創が浅い場合、深部損傷褥瘡(DTI)疑い(※2)	(1)創面の90%以上を占める	(3)創面の50%以上90%未満を占める	(4)創面の10%以上50%未満を占める	(5)創面の10%未満を占める	(6)全く形成されていない			
壊死組織	(0)なし	(3)柔らかい壊死組織あり	(6)硬く厚い密着した壊死組織あり						
ポケット (cm <sup>2</sup> ) 潰瘍面も含めたポケット全周(ポケットの長径×長径に直交する最大径)×潰瘍面積	(0)なし	(6)4未満	(9)4以上16未満	(12)16以上36未満	(24)36以上				

※1 該当する状態について、両括弧内の点数を合計し、「合計点」に記載すること。ただし、深さの点数は加えないこと。  
 ※2 深部損傷褥瘡(DTI)疑いは、視診・触診、補助データ(発生経緯、血液検査、画像診断等)から判断する。  
 ※3 「3C」あるいは「3」のいずれかを記載する。いずれの場合も点数は3点とする。

看護計画	留意する項目	計画の内容	
	圧迫、ズレカの排除  (体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等)	ベッド上	
イス上			
	スキンケア		
	栄養状態改善		
	リハビリテーション		

【記載上の注意】

- 日常生活自立度の判定に当たっては「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日 厚生省大臣官房老人保健福祉部部長通知 老健第102-2号)を参照のこと。
- 必要な内容を訪問看護記録に記載している場合、当該評価票の作成を要しないものであること。