

訪問看護指示書

指示期間（令和 年 月 日～ 年 月 日）

患者氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生（ 歳）							
患者住所	電話() -									
主たる傷病名		(1)	(2)				(3)			
傷病名コード										
現在の状況（該当項目に○）	病状・治療状態									
	投与中の薬剤の用法用量									
	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	無し	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
	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	NPUAP分類 III度 IV度		DESIGN分類		D 3	D 4	D 5		
	重症児（者）・準超重症児（者）判定基準			スコア		点				
装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置		2. 透析液供給装置		3. 酸素療法（ /min）					
	4. 吸引器		5. 中心静脈栄養		6. 輸液ポンプ					
	7. 経管栄養（経鼻・胃瘻：チューブサイズ				、 日に1回交換）					
	8. 留置カテーテル（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. ドレーン（部位：					
	12. 人工肛門		13. 人工膀胱		14. 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										
II										
1. リハビリテーション										
<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"> 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて 1日あたり20・40・60・（ ）分を週（ ）回 </div>										
2. 褥瘡の処置等										
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理										
4. 感染症の有（ ）・無										
5. その他										
緊急時の連絡先										
不在時の対応法										
特記すべき留意事項（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・随時対応型訪問看護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。）										
他の訪問看護ステーションへの指示										
（ 無 有： 指定訪問看護ステーション名 ）										
たん吸引等実施のための訪問介護事業所への指示										
（ 無 有： 訪問介護事業所名 ）										

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名



訪問看護指示書

入所者用

指示期間（令和 年 月 日～ 年 月 日）

患者氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生（ 歳）							
患者住所	電話() -									
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)							
傷病名コード										
現在の状況（該当項目に○）	病状・治療状態									
	投与中の薬剤の用法用量									
	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	無し	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
	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	NPUAP分類 III度 IV度		DESIGN分類 D 3			D 4 D 5			
	重症児（者）・準超重症児（者）判定基準				スコア 点					
装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置		2. 透析液供給装置			3. 酸素療法（ /min）				
	4. 吸引器		5. 中心静脈栄養			6. 輸液ポンプ				
	7. 経管栄養（経鼻・胃瘻：チューブサイズ					、 日に1回交換）				
	8. 留置カテーテル（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. ドレーン（部位：				
	12. 人工肛門		13. 人工膀胱			14. 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										
II										
1. リハビリテーション										
<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"> 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて 1日あたり20・40・60・（ ）分を週（ ）回 </div>										
2. 褥瘡の処置等										
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理										
4. 感染症の有（ ）・無										
5. その他										
緊急時の連絡先										
不在時の対応法										
特記すべき留意事項（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・随時対応型訪問看護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。）										
他の訪問看護ステーションへの指示										
（ 無 有： 指定訪問看護ステーション名 ）										
たん吸引等実施のための訪問介護事業所への指示										
（ 無 有： 訪問介護事業所名 ）										

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

令和 年 月 日

介護老人保健施設名
住 所
電 話
(F A X)

介護老人保健施設医師氏名
福岡市医師会訪問看護ステーション 殿

