

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	明・大・昭・平・令 年 月 日生（ 歳）				
患者住所	電話（ ） -						
主たる傷病名							
現在の状況	病状・治療状態						
	投与中の薬剤の用法用量						
※該当項目に○	日常生活自立度	寝たきり度	J A B C				
		認知症の状況	無し	I II III 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	D3 D4 D5		
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 〔 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 〕 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・随時対応型訪問介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 ）							

上記の通り、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

印

福岡市医師会
訪問看護ステーション

殿

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	明・大・昭・平・令 年 月 日生（ 歳）				
患者住所	電話（ ） -						
主たる傷病名							
現在の状況	病状・治療状態						
	投与中の薬剤の用法用量						
※該当項目に○	日常生活自立度	寝たきり度	J A B C				
		認知症の状況	無し	I II III 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	D3 D4 D5		
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 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 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・随時対応型訪問介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 ）							

上記の通り、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

印

福岡市医師会
訪問看護ステーション

殿

特別訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

医療保険適用

※ 該当する指示書を○でかこむこと

特別看護指示期間：令和 年 月 日 ～ 月 日 ※有効期限 14 日間

点滴注射指示期間：令和 年 月 日 ～ 月 日 ※有効期限 7 日間のうち 3 日以上

患者氏名	生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日 (歳)		
病状・主訴			
褥瘡の深さ	NPUAP分類 III度 IV度	DESIGN分類 D3 D4 D5	
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。)			
※薬剤アレルギー： 無し 有り ()			
点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)			
緊急時の連絡先等 (かかりつけ医の携帯番号等)			

上記の通り、指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

電 話

(F A X)

医 師 氏 名

印

福岡市医師会訪問看護ステーション 殿