(小児科用)

**訪 問 看 護 指 示 書**

訪問看護指示期間（令和　　　年　　　月　　　日 ～ 令和　　　年　　　月　　　日）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏名 | 様 | | | 母親氏名 | |  | |
| 生年月日 | 平・令　　　年　　　月　　　日 | | 年齢 | 歳　　ヵ月 | | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒  電話　　　　　－　　　　　－ | | | | | | |
| 主な疾患名 | 1. (２)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(３) | | | | | | |
| 病状  治療状態 |  | | | | | | |
| 使用している  医療機器等 | □吸引器　　　□経管栄養（経鼻・胃婁　サイズ：　　　次回交換：　　 　/　 　）  □在宅酸素療法（　　　　　ｌ/分）  □人工肛門　　□人工膀胱　　□中心静脈栄養  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 留意事項及び指示事項  Ⅰ　療養生活上の支援項目(該当する項目に〇をつけてください。)  　　１．バイタルサイン測定　　２．体重チェック　　３．哺乳量・哺乳状態のチェック　　4．育児支援・相談・指導  　　５．排泄状況のチェック　　６．発達状況のチェック　　７．授乳指導・支援　　８．家族支援(レスパイトケア等)  　　９．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） | | | | | | | |
| Ⅱ　療養生活指導上の留意事項 | | | | | | | |
| 緊急時の  連絡先 |  | 不在時の  対処法 | | |  | | |
| 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、薬物アレルギー等の留意事項があれば記載してください。) | | | | | | | |

上記の通り、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

(ＦＡＸ)

医師氏名

訪問看護ステーション RAKUNI 殿