

(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 カ月	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	<input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃婁 サイズ: 次回交換: /) <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法(l/分) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 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○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
(F A X)
医 師 氏 名