

(小児科用)

訪問看護指示書

訪問看護指示期間(令和 年 月 日 ~ 年 月 日)

点滴注射指示期間(令和 年 月 日 ~ 年 月 日)

| | | | |
|-----------------------|---|-------------|------------|
| ふりがな 氏名 | 様 | 性別 | 男 ・ 女 ・ 不明 |
| 生年月日 | 年 月 日 生 | 年齢 | 歳 か月 |
| 住所 | 〒 電話 - - | | |
| 主な疾患名 | ① | ② | ③ |
| 疾病コード | ① | ② | ③ |
| 病状・治療状態 | | | |
| 使用している 医療機器等 | <input type="checkbox"/> 呼吸器 <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(/分) <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 留意事項 及び 指示事項 | 療養生活上の注意事項 <input type="checkbox"/> バイタルサイン <input type="checkbox"/> 体重測定 <input type="checkbox"/> 哺乳量・哺乳状態の確認 <input type="checkbox"/> 母乳育児支援 <input type="checkbox"/> 育児支援・相談 <input type="checkbox"/> 発達状況 <input type="checkbox"/> 排泄のチェック <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 緊急時の 連絡先 | | 不在時の 対処法 | |
| 特記すべき 留意事項 | | | |
| リハビリテーション 必要あり ・ 必要なし | 複数名訪問 | 必要あり ・ 必要なし | |

上記の通り、訪問看護の実施を指示いたします。

年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

印