

(産科用)

訪問看護指示書

訪問看護指示期間(年 月 日 ~ 年 月 日)

点滴注射指示期間(年 月 日 ~ 年 月 日)

ふりがな 氏名	様	生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)
妊娠週数	(※)指示書発行時点 週 日	分娩予定日 または 出産日	令和 年 月 日
住所	〒 電話 - -		
主な疾患名	(※)該当する項目に○をつけてください。(項目にない場合は、その他にご記入ください。) 1. 悪阻 2. 切迫流早産 3. 多胎妊娠中 4. 基礎疾患がある(疾患名) 5. 腰痛症 6. 骨盤周囲の痛み(仙骨部痛・恥骨部痛・殿部痛等) 7. 妊娠・出産・育児への強い不安(産前・産後 日目 EPDS 点) 8. 乳房トラブル 9. 母乳分泌過多・不足 10. 骨盤底障害(尿失禁・骨盤臓器脱・子宮下垂・痔核等) 11. その他()		
病状・治療状態 投与中の薬剤等			
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. 各種指導 3. 心理的支援 4. 育児支援・相談・指導 5. 家族支援 6. 身体的ケア(骨盤ケア等) 7. 乳房管理・乳房ケア 8. 授乳指導・支援 9. リハビリテーション 10. 胎児心音チェック 11. 腹部の観察(腹部緊張度や子宮収縮の有無等) 12. その他() (※)上記 10、11は妊婦のみ			
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。

年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

印