（小児科用）

開始日は診察の翌日から
の日付でお願いします

期間は決まっていないので病
状に応じて設定して下さい

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	性別	男　・　女　・　不明
生年月日	年　　月　　日 生　　年齢　　歳　　カ月		
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	例）哺乳状態が悪く体重増加不良　自力排便が難しい 養育者の医療的ケアを練習中		
使用している 医療機器等	□呼吸器　　□経管栄養（経鼻　・　胃婁　サイズ　　次回交換　　） □在宅酸素療法（　　/分） □その他（　　）		
留意事項 及び 指示事項	療養生活上の注意事項 □バイタルサイン　□体重測定　□哺乳量・哺乳状態の確認 □母乳育児支援　□育児支援・相談　□発達状況 □排泄のチェック　□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			

病院の連絡先をご記入下さい

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
（ＦＡＸ）
医師氏名

訪問看護ステーション HARU上京 殿

※原紙につきましてはHPからダウンロードして頂きますようお願い致します