

# 訪問看護指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 (西暦 年 月 日 ~ 年 月 日)

(ふりがな) 患者氏名		生年月日 平・令和 年 月 日 (男・女) ( 歳 ヲ月)															
患者住所		携帯電話 ( - - )															
主たる傷病名		(1)	(2)														
現在の状況	病状・治療状態																
	投与中の薬剤の用量・用法																
<p><b>【留意事項及び指示事項】</b></p> <p>I 療養生活指導上の留意事項</p> <hr/> <p>II</p> <table border="0"> <tr> <td>1. バイタルサイン</td> <td>8. 生活リズムの確立</td> </tr> <tr> <td>2. 体重チェック</td> <td>9. 対人関係の改善(家族含む)</td> </tr> <tr> <td>3. 哺乳の状態、哺乳量のチェック.</td> <td>10. 家族への支援</td> </tr> <tr> <td>4. 排泄のチェック</td> <td>11. 園や学校との連携</td> </tr> <tr> <td>5. 発達状態</td> <td>12. 保健指導</td> </tr> <tr> <td>6. 母乳育児支援</td> <td>13. その他</td> </tr> <tr> <td>7. 育児支援・相談</td> <td></td> </tr> </table>				1. バイタルサイン	8. 生活リズムの確立	2. 体重チェック	9. 対人関係の改善(家族含む)	3. 哺乳の状態、哺乳量のチェック.	10. 家族への支援	4. 排泄のチェック	11. 園や学校との連携	5. 発達状態	12. 保健指導	6. 母乳育児支援	13. その他	7. 育児支援・相談	
1. バイタルサイン	8. 生活リズムの確立																
2. 体重チェック	9. 対人関係の改善(家族含む)																
3. 哺乳の状態、哺乳量のチェック.	10. 家族への支援																
4. 排泄のチェック	11. 園や学校との連携																
5. 発達状態	12. 保健指導																
6. 母乳育児支援	13. その他																
7. 育児支援・相談																	
◇緊急時の連絡先 ( - - ) ◇不在時の対応法																	
<p><b>【特記すべき留意事項】</b></p> <p>(注：薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、<u>定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等</u>があれば記載して下さい。)</p>																	

上記のとおり、指示いたします。

西暦 年 月 日

医療機関名

住 所  
電 話  
(FAX)  
医 師 氏 名

印