

(産科用)

## 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) 患者氏名	様	生年月日	昭和 平成	年 月 日 ( 歳)
患者住所	〒 - 電話番号 ( ) -			
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)	
傷病名コード	(1)	(2)	(3)	
現在の状況	病状・ 治療状態			
	投与中の 薬剤の用法・容量			
	使用医療 機器等			
<b>【留意事項及び指示事項】</b>				
I 療養生活指導上の留意事項				
II				
1. バイタルサイン      2. 胎児心音チェック（妊婦のみ）      3. 保健指導 4. 育児支援・相談      5. 精神的支援      6. 乳房チェック・乳房マッサージ 7. 骨盤ケア      8. 家族支援      9. その他 ( )				
在宅患者訪問点滴注射に関する指示（投与薬剤・投与量・投与方法等）				
緊急時の連絡先： 不在時の対応：				
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、既往歴、アレルギーの有無等があれば記載して下さい。）				

上記の通り、指示いたします。

令和 年 月 日

訪問看護ステーション North Bell 殿

医療機関名  
所在地  
電話番号・FAX  
医師氏名

印