

(小児科用)

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 男・女	生年月日	平成 年 月 日 令和 (歳 カ月)
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		
【留意事項及び指示事項】 I 療養生活指導上の留意事項			
II 1. バイタルサイン 2. 体重チェック 3. 哺乳の状態、哺乳量の確認 4. 母乳育児支援 5. 育児支援・相談 6. 発達状態の確認 7. 排泄のチェック 8. その他 ()			
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。

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

令和 年 月 日

印