

訪問看護指示書

訪問看護指示期間：西暦 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

※該当する内容を○で囲むこと

| | | | | | | |
|--|---------|---|--------|--------|--------|---|
| ふりがな 患者氏名 | | | | 性別 | 男・女・不明 | |
| 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | 年齢 | 歳 |
| 患者住所 | 〒 | | | 電話 () | | |
| 主な疾患名 | | | | | | |
| 現在の状況 | 病状・治療状況 | | | | | |
| | 投薬 | | | | | |
| | 使用医療機器等 | | | | | |
| | 日常生活等 | | | | | |
| 留意事項及び指示事項 | | | | | | |
| 在宅患者訪問点滴に関する指示（投与薬剤・投与量・投与方法等） | | | | | | |
| 緊急の連絡先 | | | 不在時の対応 | | | |
| 主治医との情報交換の手段 電話 ・ FAX ・ Mail : | | | | | | |
| 特記すべき留意事項（注：薬の相互作用・副作用との留意点、薬物アレルギー等の既往があれば記載してください） | | | | | | |
| | | | | | | |

上記の通り指示いたします。

西暦 20 年 月 日

医療機関名

住所

電話番号

(FAX)

訪問看護ステーション

はっぴい mama はうす 殿【025-278-3177】

医師名

印