訪問看護指示書（小児科用）

※該当する内容を〇で囲むこと

訪問看護指示期間：西暦　２０　　年　　月　　日　～　２０　　年　　月　　日

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　　か月
患者住所	〒 電話（　　）
主な疾患名	
病状・ 治療状態	
使用してる 医療機器等	□ 吸引器　　□ 経管栄養（経鼻・胃婁　サイズ　　次回交換　　/　　） □ 在宅酸素療法（　　l /分） □ 人工肛門　　□ 人工膀胱　　□ 中心静脈栄養 □ その他（　　）
留意事項 及び 指示事項	療養生活上の注意事項
	① バイタルサイン　② 体重測定　③ 哺乳量・哺乳状態の確認 ④ 授乳指導・支援　⑤ 育児支援・相談　⑥ 発達状況 ⑦ 排泄のチェック　⑧ 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	
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）

医師名　　印

訪問看護ステーションはっぴい mama はうす　殿【025-278-3177】