

(産科用)

# 訪問看護指示書

期間は決まっていないので病状に応じて設定してください

開始日は診察の翌日からの日付をお願いします

5

訪問看護指示期間 (令和 6年 5月 1日 ~ 6年 5月 14日)

(ふりがな) 患者氏名		〇〇 〇子 様	生年月日	昭・平	年	月	日	( ) 歳
患者住所		〒						
主たる傷病名		(1) 例) 妊娠悪阻 切迫早産 等	(2) 例) 便秘症等					
現在の状況	病状・治療状態	例) 経口摂取不可。脱水傾向にて点滴が必要な状態 例) 切迫早産にて安静が必要な状態。不安が強く看護支援、精神的ケア必要等 ☆ご記入いただきたいこと☆ 妊娠歴、週数、予定日、既往歴、現病歴(経過)等						
	投与中の薬剤の用量・用法	1. 例) 酸化マグネシウム錠 330 mg 2.					休業中の薬剤で特に精神疾患の薬剤をご記入ください	
<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								
例) 血圧に注意 等あるようでしたらご記入ください								
II 1. バイタルサイン 2. 保健指導 3. 育児支援・相談								
4. 精神的支援 5. 乳房チェック・乳房マッサージ								
7. 家族支援 8. その他								
◇緊急時の連絡先 ( - - ) ◇不在時の対応法								
病院の連絡先をご記入ください								
<b>【特記すべき留意事項】</b>								
(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、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があれば記載して下さい。)								

投薬がある場合ご記入ください

休業中の薬剤で特に精神疾患の薬剤をご記入ください

当てはまるもすべてに○をつけてください

病院の連絡先をご記入ください

上記のとおり、指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名  
住所  
電話  
(FAX)

医師氏名

印

(産科用) **見本①**

**特別訪問看護指示書**

特別訪問看護指示期間と点滴開始期間は診察の翌日からの日付でお願いします。  
☆この日付の場合、前日の令和6年5月11日が受診日(診察日)です☆

特別訪問看護期間は最長14日で記入できます

**在宅患者訪問点滴注射指示書**

点滴指示期間は1週間毎となります。

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間 (令和 6年 5月 12日 ~ 令和 6年 5月 25日)  
点滴注射指示期間 令和 6年 5月 12日 ~ 令和 6年 5月 18日

(ふりがな) 患者氏名  ○○ ○○子 様	生年月日 昭・平 年 月 日  ( 歳)
【病状・主訴】： 嘔気、嘔吐、倦怠感、経口摂取困難 など	
【一時的に訪問看護が頻回に必要な理由】：  脱水傾向に点滴が必要な状態	
【留意事項及び指示事項】 (注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。)  不安が強いため点滴施行の声掛けや思いの傾聴など精神的サポートもお願いします。 ☆気分になることがありましたら記入してください☆	
【点滴薬指示内容】 (薬剤・量・投与方法等)  ヴィーンD 輸液 0.00%500ml 1袋 + ブドウ糖注射液 50%20ml 1管 + ビタミン静注用 1V など  250ml/h 滴下時間等を記入	
【緊急時の連絡先】 ※夜間・土日祝日もつながる電話番号をご記入ください  ①  ②	

☆2週目の点滴指示の場合見本②をご参照ください

特別訪問看護指示書の開始日もしくは、それより前の日付でお願いします。

上記のとおり、指示いたします。

令和 6年 5月 12日

医療機関名  
住 所  
電 話  
( F A X )  
医 師 氏 名

印

在宅患者訪問点滴注射指示書

点滴指示期間は1週間毎となります。

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)
点滴注射指示期間 (令和 6年 5月 19日 ~ 令和 6年 5月 25日)

(ふりがな) 患者氏名 〇〇 〇〇子 様
生年月日 昭・平 年 月 日
( 歳)

【病状・主訴】：
嘔気、嘔吐、倦怠感、経口摂取困難 など
【一時的に訪問看護が頻回に必要な理由】：
脱水傾向に点滴が必要な状態

【留意事項及び指示事項】
(注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。)
不安が強いため点滴施行の声掛けや思いの傾聴など精神的サポートもお願いします。
☆気になることがありましたら記入してください☆

【点滴薬指示内容】 (薬剤・量・投与方法等)
ヴィーンD 輸液 0.00%500ml 1袋+ブドウ糖注射液 50%20ml 1管+ビタミン静注用 1V など
250ml/h 滴下時間等を記入

【緊急時の連絡先】 ※夜間・土日祝日もつながる電話番号をご記入ください
①
②
特別訪問看護指示書の開始日
もしくは、それより前の日付
でお願いします。

上記のとおり、指示いたします。

令和 6年 5月 12日

医療機関名
住所
電話
(FAX)
医師氏名

印