

(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・平 年 月 日 ( 歳)
患者住所	〒 電話 ( - - )	
主たる傷病名	(1)	(2)
現在の状況	病状・治療状態	
	投与中の薬剤の用量・用法	
<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		
◇緊急時の連絡先 ( - - ) ◇不在時の対応法		
<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、 <u>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</u> があれば記載して下さい。)		

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  
( F A X )  
医 師 氏 名

印

(産科用)

# 特別訪問看護指示 在宅患者訪問点滴注射指示書

※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 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)

(ふりがな) 患者氏名 様	生年月日 昭・平 年 月 日 ( 歳)
【病状・主訴】：	
【一時的に訪問看護が頻回に必要な理由】：	
【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。)	
【内服薬指示内容】 (薬剤・量・投与方法等)	
【緊急時の連絡先】 ① ②	

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  
( F A X )  
医 師 氏 名

印