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

　※該当する内容を〇で囲むこと

|  |  |
| --- | --- |
| 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

訪問看護ステーション　　　　　　　　　　　　　（FAX）

はっぴいmamaはうす　殿【025-278-3177】　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　印