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