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
2. 授乳指導・支援　　　⑤　育児支援・相談　　　⑥　発達状況
3. 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】