

訪問看護指示書(小児科用)

※該当する内容を○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	
使用している 医療機器 等	<input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃婁 サイズ 次回交換 /) <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法(/分) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 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 ④ 授乳指導・支援 ⑤ 育児支援・相談 ⑥ 発達状況 ⑦ 排泄のチェック ⑧ オンライン相談 ⑨ 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aile 殿【TEL:0267-88-8345/FAX:0267-88-8346】