

# 小児科特別訪問看護指示書

※該当する内容を○で囲むこと

特別看護指示期間（西暦 年 月 日 ～ 年 月 日）

(ふりがな) 患者氏名	生年月日 西暦 年 月 日 性別 男・女・不明 歳 ヶ月
病状・主訴  一時的に訪問看護が頻回に必要な理由 1 体重チェック・哺乳量の確認が必要なため 2 育児状況確認のため 3 その他( )	
留意事項及び指示事項	
内服薬指示内容	
緊急時の連絡先 ① ②	

上記の通り、指示いたします。

西暦 年 月 日

医療機関名  
住 所  
電 話  
(FAX)  
医師氏名

印

訪問看護ステーションaile 殿 【TEL:0267-88-8345/FAX:0267-88-8346】