

(産科用)

## 訪問看護指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 (西暦 年 月 日 ~ 年 月 日)

|                                                                                                                                        |                  |                              |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------|-----|
| (ふりがな)<br>患者氏名                                                                                                                         |                  | 生年月日 昭・平 年 月 日<br>(男・女) ( 歳) |     |
| 患者住所                                                                                                                                   |                  | 携帯電話 ( — — )                 |     |
| 主たる傷病名                                                                                                                                 |                  | (1)                          | (2) |
| 現在の<br>状                                                                                                                               | 病状・<br>治療状態      |                              |     |
|                                                                                                                                        | 投与中の薬剤<br>の用量・用法 |                              |     |
| <b>【留意事項及び指示事項】</b>                                                                                                                    |                  |                              |     |
| Ⅰ 療養生活指導上の留意事項                                                                                                                         |                  |                              |     |
| Ⅱ 1. バイタルサイン      2. 胎児心音チェック (妊婦のみ)<br>3. 保健指導      4. 育児支援・相談      5. 精神的支援<br>6. 乳房チェック・乳房マッサージ      7. 骨盤ケア      8. 家族支援<br>9. その他 |                  |                              |     |
| ◇緊急時の連絡先 ( — — ) ◇不在時の対応法                                                                                                              |                  |                              |     |
| <b>【特記すべき留意事項】</b><br>(注：薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、 <u>定期巡回・随時対応型訪問介護<br/>看護及び複合型サービス利用時の留意事項</u> 等があれば記載して下さい。)                   |                  |                              |     |

上記のとおり、指示いたします。

西曆            年    月    日

医療機関名  
住電所話  
(FAX)  
医師氏名

印

訪問看護ステーション eight 殿