　　　　　　　 訪問看護指示書　（産科用）

　　　　　　　　　　在宅患者訪問点滴注射指示書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※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)

点滴注射指示期間　(西暦 　　　年　 月　 日 ～　　年　 月　 日)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  患者氏名 | | 生年月日 昭・平　　 年　　月　　 日（ 男 ・ 女 ） （　　　歳） | | | |
| 患者住所 | | 携帯電話（　　　－　　　－　　　） | | | |
| 主たる傷病名 | | | 1. ( |  |  |
| 傷病名コード | | | (1) | （２） | （３） |
| 現在の状況 | 病状・  治療状態 | |  | | |
| 投与中の薬剤の用量・用法 | |  | | |
| **【留意事項及び指示事項】**  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）  ３．保健指導　　　　　４．育児支援・相談　　５．精神的支援  ６．乳房チェック・乳房マッサージ　　　　　　７．家族支援  ８．その他 | | | | | |
| ◇緊急時の連絡先（　　　－　　　－　　　）◇不在時の対応法 | | | | | |
| **【特記すべき留意事項】**  (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、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項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。　　　　　　　　　西暦 　　年 月 日

医療機関名

住　　　所

電　　　話

（ＦＡＸ）

医師氏名 印

千の恵み訪問看護ステーション 殿