　　　　　　　 訪問看護指示書　（小児科用）

　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　　 平・令和　　　年　　月　　 日  （ 男 ・ 女 ） （　　歳　　ヵ月） | | |
| 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 | | | | | | |
| １．バイタルサイン　　２．体重チェック　　３．哺乳の状態、哺乳量のチェック  　　４．排泄のチェック　　５．発達状態　　　　６．母乳育児支援  ７．育児支援・相談　　８．その他 | | | | | | |
| Ⅱ　リハビリテーション  理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護  1日あたり（　　　）分を週（　　　）回 | | | | | | |
| ◇緊急時の連絡先（　　　－　　　－　　　）◇不在時の対応 | | | | | | |
| **【特記すべき留意事項】**  (注：薬の相互作用・副作用の留意点、薬物アレルギーの既往、留意事項等記載して下さい。） | | | | | | |

　 　　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