

## 訪問看護指示書（産科用）

※該当する内容を○で囲むこと

訪問看護指示期間： 年 月 日～ 年 月 日

|                                                     |                                                                                                                                 |   |     |   |            |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----|---|------------|
| ふりがな<br>患者氏名                                        |                                                                                                                                 |   |     |   |            |
| 生年月日                                                | 西暦                                                                                                                              | 年 | 月   | 日 | 年齢 歳（生後 日） |
| 患者住所                                                | 〒<br>電話（                                                                                                                        |   |     |   |            |
| 分娩方法                                                | （ 経膣・帝王切開 ）                                                                                                                     |   | 出産日 | 年 | 月 日        |
| 主な疾患名                                               | ①                                                                                                                               | ② | ③   |   |            |
| 疾病コード                                               | ①                                                                                                                               | ② | ③   |   |            |
| 症状・<br>治療状態<br>処方薬剤                                 |                                                                                                                                 |   |     |   |            |
| 留意事項<br>及び<br>指示事項                                  | 療養生活上の注意事項                                                                                                                      |   |     |   |            |
|                                                     | ①バイタルサイン      ②身体状態の観察      ③服薬指導・支援      ④授乳指導<br>⑤乳房ケア      ⑥育児支援・相談      ⑦精神的支援<br>⑧家族支援・養育環境の調整支援      ⑨児の発育・発達の観察<br>⑨その他（ |   |     |   |            |
| 緊急時の<br>連絡先                                         | 不在時の対処法（                                                                                                                        |   |     |   |            |
| 特記すべき留意事項<br>（注：症状悪化時の連絡基準、家族への配慮事事項など、あれば記載してください） |                                                                                                                                 |   |     |   |            |

上記の通り指示いたします。

年 月 日

医療機関名

住所

電話番号

(FAX)

医師署名（又は記名押印）