（産科用）

訪　問　看　護　指　示　書
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)	(2)
傷病名コード		(1)	(2)
現在の状	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．骨盤ケア　　８．家族支援

９．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

訪問看護ステーション YoUs-ユース-　殿