No7-２

　　　　　　　 看護・訪問看護　指示書

在

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※該当する指示書を○で囲むこと

　　　　　　　　　　　　　　指示期間 (令和　年　月　日 ～令和　年　月　日)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | 生年月日　　 平成・令和　 　年　　 月　　 日 （　　　歳） |
| 児童住所 |   電話（　　　） － |
| 主たる傷病名 | (１)　　　　　　　(２)　　　　　　　　(３) |
| 現在の状況（該当項目に〇等） | 病状・治療状　　　態 |  |
| 投与中の薬剤の用量・用法 | □詳細別紙 |
|  |
| 装着・使用医療機器等□詳細別紙 | １．自動腹膜灌流装置 ２．透析液供給装置 ３．酸素療法（　ｌ／min）４．吸引器　　　　　　５．中心静脈栄養　 ６．輸液ポンプ７．経管栄養（経鼻・胃瘻：サイズ 　　、　 日に１回交換）８．留置カテーテル（部位：　　　サイズ 　　　、 　 日に１回交換）９．人工呼吸器（陽圧式・陰圧式：設定　　　　 　　　　　　　　）10. 気管カニューレ（サイズ　　）　11. 人工肛門　　12.人工膀胱　　13.その他（ 　　　　　 　 ） |
| 留意事項及び指示事項Ⅰ　療養生活指導上の留意事項 |
| Ⅱ１．発達支援　２．皮膚などの処置　　　　　　　　　　　　　　　　　　３．装着・使用医療機器等の操作援助・管理　４．その他 |
|  点滴注射に関する指示（投与薬剤・投与量・投与方法等） |
| 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、施設訪問等での留意事項等があれば記載して下さい。） |
| 訪問看護ステーションへの指示　（無　有：指定訪問看護ステーション名 ）たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示　（無　有：訪問介護事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

 　 　　上記のとおり、指示いたします。　　　　　　　　　　　　　　令和　 年 月 日

 医療機関名

 住　　　所

 電　　　話

 （ＦＡＸ）

 医師氏名 印

施設名　　　　　　　　　　　　　殿