

## 訪問看護指示書

訪問看護指示日：平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

ふりがな 患者氏名				性別	男・女・不明			
生年月日	昭和・平成 年 月 日			年齢	歳			
患者住所	〒 埼玉県 市							
患者電話番号	自宅・携帯							
主たる疾病名								
病状および 治療状態								
児の出生状況 【必要時のみ】	出生日	平成 年 月 日						
	性別	男・女・不明		週数	週 日			
	出産方法	正常分娩・吸引分娩・鉗子分娩・帝王切開						
	第一子(双胎含む)							
	身長	cm	体重	g	胸囲	cm	頭囲	cm
	双胎第二子							
	身長	cm	体重	g	胸囲	cm	頭囲	cm
その他：								
留意事項 および指示事項								
リハビリテーション	必要あり・必要なし		複数名訪問		必要あり・必要なし			
緊急時の連絡先								

上記のとおり指示いたします。平成 年 月 日

医療機関名

住所

電話番号

FAX番号

医師名

印

※訪問看護をお急ぎの場合は、FAXをお送りいただいた上で原本を送付ください。

※訪問看護ステーションひまわり越谷宛【FAX 048-972-6733】