

特別訪問看護指示書
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

特別看護指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

| | | | | |
|---|------|---|---|---|
| 患者氏名 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| (歳) | | | | |
| 病状・主訴： 一時的に訪問看護が頻回に必要な理由： | | | | |
| 留意事項及び指示事項 (注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。) | | | | |
| 点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等) | | | | |
| 緊急時の連絡先等 | | | | |

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名
電 話
(FAX.)
医師氏名

印

事業所

殿