

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 明・大・昭・平・令 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：
(F A X)：
医師氏名：

印

殿