

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)					
(年 月 日)					
(歳)					
病状・主訴：					
一時的に訪問看護が頻繁に必要な理由：					
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					

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X .)
医 師 氏 名

印

事業所

エイト訪問看護ステーション

殿