

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