

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

特別訪問看護指示期間 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)

点滴注射指示期間 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)

患者氏名	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
病状・主訴		
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ください。)		
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。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医師氏名

印

指定訪問看護ステーション

殿