

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 (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	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。

平成 年 月 日

医療機関名：

住所：

電話：

(Fax)：

医師氏名：

Ⓜ

指定訪問看護ステーション 訪問看護ステーションやしま 殿