

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 明・大・昭 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 | | |

上記の通り、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関
住 所
電話・FAX
医師氏名

印