

☐ 特別訪問看護指示書

☐ 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書にし点記入

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                                          |  |      |             |   |

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 署 名    :

(又は記名押印)

印