

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 明・大・昭・平・令 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

〒289-1141千葉県八街市富山1314-3612

訪問看護ステーション・マーガレット殿

T E L 043-440-7503

T E L 043-440-7503