

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○で囲んでください

特別訪問看護指示期間（令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日）

点滴注射指示期間（令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日）

| | | | | |
|------|--|------|---------------|------|
| 患者氏名 | | 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 | (歳) |
|------|--|------|---------------|------|

症状・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ください。）

点滴注射に関する指示（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。

令和 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話 ・ FAX
医 師 氏 名

印

訪問看護ステーションふくくる大橋 殿