

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：令和 年 月 日 ～ 月 日 ※有効期間14日間
点滴注射指示期間：令和 年 月 日 ～ 月 日 ※有効期間7日間のうち3日以上

患者氏名 生年月日 M・T・S・H
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下さい。)

※薬剤アレルギー： 無し 有り ()

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 (かかりつけ医の携帯番号等)

上記のとおり、指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

電話

(F A X)

医師氏名

印

おかもと訪問看護ステーション

殿