

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 (20 年 月 日 ~ 20 年 月 日)

点滴注射指示期間 (20 年 月 日 ~ 20 年 月 日)

患者氏名	生年月日 明・大正・昭和 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。)	
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。

20 年 月 日

医療機関名

電 話

(F A X)

医 師 氏 名

印

医療法人社団慶泉会

訪問看護ステーションあゆみ

殿