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

訪問看護ステーションひだまり殿