

(別紙様式 18)

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	年 月 日	(歳)
<p>病状・主訴：</p> <p>一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：</p>			
<p>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。)</p>			
<p>点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)</p>			
<p>緊急時の連絡先等</p>			

見本

見本

見本

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名

電 話

(FAX.)

医師署名 (又は記名押印)

事業所

殿