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　～　　年　　月　　日）

点滴注射指示期間（令和　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日）

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名 | 生年月日　　　　　　　明・大・昭・平　　　　　　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 | |

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

（ＦＡＸ.）

医 師 氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

事業所　　　　　　きりん訪問看護ステーション