

特別訪問看護指示書

在宅患者訪問点滴注射指示書

記入例

※該当する指示書を○で囲むこと 1日～最長で14日間まで

特別看護指示期間（令和 年 1月 1日 ～ 年 1月 14日）

点滴注射指示期間（令和 年 月 日 ～ 年 月 日）

患者氏名 きりん太郎	生年月日 明・大・ 昭 ・平 11年 1月 1日 (歳)
病状・主訴： ○○年、○月、発熱があるとのことで依頼があり往診を行った。体温 39.2 度、SPO2 は 92% で発熱を認め、一日に一回の抗生剤の点滴を行うこととした。	
一時的に訪問看護が頻回に必要な理由： 尿路感染所症、脱水症を起こしており抗生剤の点滴、輸液療法の必要がある。	
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。） ソルデム 3A 500ml を 1日 1回、点滴静注してください。	
点滴注射指示内容（投与薬剤・投与量・投与方法等） きりん病院に連絡する。	
緊急時の連絡先 きりん病院 088-678-2551	

上記のとおり、指示いたします。

令和 年 1月 1日

医療機関名

電 話

(FAX.)

医 師 氏 名

事業所

印

きりん訪問看護ステーション