

(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)						
(年 月 日)						
(歳)						
病状・主訴：						
一時的に訪問看護が頻繁に必要な理由：						
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。

年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X .)
医 師 氏 名

印

事業所 いちか訪問看護ステーション サテライト白井 殿