

特別訪問看護指示書・在宅患者訪問点滴注射指示書

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 年 月 日 (歳)
------	--	------	--------------------------

症状・主訴

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ください。)

S A M P L E

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。

令和 年 月 日

○○○○訪問看護ステーション

〒000-0000 ○○県○○市○○町○丁目○○-○○

医療機関名

○○○○101号

住所

TEL:00-0000-0000

TEL:

FAX:00-0000-0000

FAX:

管理者 ○○ ○○

医師氏名

印