

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 月 日 (歳) | 年 |
| 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。) | | | | |
| 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。

年 月 日

医療機関名

住所

電話・FAX

医師氏名

印