

特別訪問看護指示書
 在宅患者訪問点滴注射指示書

□内に○もしくはレ点記載お願い致します

特別看護指示期間 202 年 月 日～202 年 月 日

点滴注射指示期間 202 年 月 日～202 年 月 日

患者氏名	生年月日 T・S・H・R 年 月 日 (歳)
患者住所	電話 - -
病名・病状・主訴	
指示及び留意事項(点滴薬剤の相互作用・副作用についての留意点があれば記載してください)	
点滴注射及び指示内容 (薬剤名・量・方法等)	
緊急時の連絡先等	

上記のとおり、指示する。

202 年 月 日

医療機関名：
住所：
電話：
FAX：
医師氏名

印

指定 介護予防・訪問看護

多摩南訪問看護ステーション 宛