

特別訪問看護指示書

在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書の に

訪問看護指示期間 ( 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： ( 歳 )
病状・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)	
緊急時の連絡先等	

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名

電話

— —

(FAX)

— —

医師氏名

印