

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 (平成 年 月 日～ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (平成 年 月 日～ 年 月 日)

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 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。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
F A X
医 師 氏 名

