

(別紙様式18)

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（西暦 | | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 |
| 点滴注射指示期間（西暦 | | 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： | | | | | | | | |
| 一時的に訪問看護が頻回に必要な理由： | | | | | | | | |
| 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。

西暦 年 月 日

医療機関名
電 話
(FAX.)
医 師 氏 名

印

絆訪問看護ステーション 殿