

(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 点滴注射指示期間 | (令和 年 月 日 ~ 年 月 日) (令和 年 月 日 ~ 年 月 日) |
| 患者氏名 | 生年月日 明・大・昭・平・令 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。

令和 年 月 日

医療機関名
電 話
(FAX.)
医 師 氏 名

印

訪問看護ステーション 看護の力 殿