

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( 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 | 大正<br>昭和 | 年 | 月 | 日 | ( 歳) |
| 病状・主訴:<br><br>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。

年 月 日

医療機関名

電 話

( F A X )

医師署名(又は記名押印)

事業所 一橋病院訪問看護ステーション

藤原 千尋

殿