

特別訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

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	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
症状 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ください。)			
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			

褥瘡の処置内容や点滴の投与内容が変更した際には、必ず文書で指示をお願いします。

上記のとおり指示いたします。

年 月 日

医療機関名

住所

電話・FAX

医師氏名

印

殿