

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 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)

点滴注射指示期間 (令和 年 月 日 ~ 令和 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							

上記のとおり指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名
住所
電話
FAX
医師氏名

印