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

	特別看護打				- 月			牛	月	日)
-	点滴注射排	旨示期間	(平成	年	三 月	日	\sim		月	日)
患者氏名		生年月日	明·	大・	<u>月</u> 昭・平	年	月	日 (歳))
病状・主訴:									"4/1/	·
一時的に訪問看護力	ぶ頻回に必要	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、指え	たいたします	广 。								
						7	平成	年	月	日
			医療機関	[名						
			電							
			(FAX	.)						
			医師氏	名					印	

事業所