事業所

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	朋間	(年	月	日	\sim		年	月	日)
	点滴注射指示期	朋間	(年	月	日	\sim		年	月	日)
患者氏名		生年	月日			年		۶.			日
								(歳)
病状・主訴:											
一時的に訪問看記	護が頻回に必要な	理由	:								
留意事項及び指え		医の相互化	作用・副作り	用についての	留意点:	があれば	ず記載し	て下さい) ₀)		
m/a/ 1 //// 0 11 //	4 1 X (E. Miller Explish	C-> [H==1	1713 111117	131-21	ши		S 12-7X 0	.,	0 /		
点滴注射指示内	容(投与薬剤・持	投与量	量・投与	方法等)						
取なけのはぬ 生	F-/s-										
緊急時の連絡先	等										
上記のとおり、指え	示いたします。										
							年	Ξ.	月		日
	医療機	関名									
	電	話									
	(F A 2	X.)									
	医師氏	名									印

殿