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

	特別看護指示其	期間 (年	月	日	\sim	年	月 日)
	点滴注射指示其	期間 (年	月	日	\sim	年	月 日)
患者氏名		生年月日			年		月	月
							(歳)
病状・主訴:								
713 / 1								
一時的に訪問手刻	護が頻回に必要な	理山 .						
1 11111111111111111111111111111111111	受けず9月四に必安な	生田,						
留意事項及び指示	下事項(注:点滴注射薬	薬の相互作用・副	作用についての	留意点次	があれば	記載して	て下さい。)	
点滴注射指示内	容(投与薬剤・	投与量・投	与方法等	()				
Mulia 1773 1 1 1 1	1 (1)(1)(1)			,				
緊急時の連絡先	<u></u>							
茶心时切 埋 桁兀	₹							
	→ , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,							
上記のとおり、指え	下いたします。					_	н	_
						年	月	日
	医療機	関名						
	電	話						
	(FA)	X.)						
	医師氏	名						印

事業所