

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

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	年	月	日	(歳)
病状・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入して下さい。)					
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					
備 考					

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