

(別紙様式14)

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

〒224-0015 横浜市都筑区牛久保西1-20-21
都筑区医師会ナーシングホーム
TEL 045-913-6321 FAX 045-913-6326
管理者 宮島 佳代 殿