

(別紙様式 18)

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

特別看護指示期間 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)
点滴注射指示期間 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)

患者氏名	様	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
------	---	------	-----------------------

病状・主訴：

一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：

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

上記の通り、指示いたします。

令和 年 月 日

事業所 あゆむ訪問看護チーム

医療機関名
住 所
電 話
(FAX)