**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（　　　　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 　　　　　　　　　　　（　　　　　歳）大正・昭和・平成　　　年　　　　月　　　　日 |
| 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ください。） |
| 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 |

上記のとおり指示いたします。

　年　　　　　月　　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 医療機関名

電話

(ＦＡＸ)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　 　　　 　　 印

事業所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　殿