

(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✓する(上記)

訪問看護指示期間: ~

点滴注射指示期間: ~

患者氏名	生年月日		119	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。

2019/6/14

医療機関名  
電話  
( F A X . )  
医師氏名

印

指定訪問看護ステーション 独立行政法人国立病院機構 榊原病院  
ゆうはあと訪問看護ステーション

殿