

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○でかこむこと

特別看護指示期間：令和 年 月 日 ～ 月 日 ※有効期限 14 日間

点滴注射指示期間：令和 年 月 日 ～ 月 日 ※有効期限 7 日間のうち 3 日以上

患者氏名	生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日 (歳)		
病状・主訴			
褥瘡の深さ	NPUAP分類 Ⅲ度 Ⅳ度	DESIGN分類 D3 D4 D5	
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。)			
※薬剤アレルギー： 無し 有り ()			
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 (かかりつけ医の携帯番号等)			

上記の通り、指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

電 話

(F A X)

医 師 氏 名

印

医療法人大平会

訪問看護ステーションみねい 殿