

- 特別訪問看護指示書
- 在宅患者訪問点滴注射指示書

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

患者氏名	生年月日
	年齢: 性別:
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・副作用について留意点があれば記入してください)	
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。

平成 年 月 日

医療機関名:
電話:
FAX:
医師氏名:

岩国市医療センター医師会病院
外来訪問看護 宛