

特別訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

医療保険適用

※ 該当する指示書を○でかこむこと

特別看護指示期間： 年 月 日 ～ 月 日 ※有効期限 14 日間
点滴注射指示期間： 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 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。

年 月 日

医療機関名

電 話

(F A X)

医 師 氏 名

印

桶川北本伊奈地区医師会

訪問看護ステーション 殿