

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

特別訪問看護指示期間（令和 年 月 日 ～ 年 月 日）
点滴注射指示期間（令和 年 月 日 ～ 年 月 日）

患者氏名	生年月日	明・大・昭・平
	年	月 日生(歳)
病状・主訴		
褥創の深さ	DESIGN 分類	D3 D4 D5 N P U A P 分類 Ⅲ度 Ⅳ度
留意事項及び指示事項(注:点滴注射薬の相互作用・副作用に於いての留意点があれば記載して下さい。)		
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。

令和 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

印