

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

特別看護指示期間： ～

点滴注射指示期間： ～

患者氏名		生年月日	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：薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往等あれば記載してください。)			
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)			
緊急時の連絡先			

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関
住所
電話
(FAX)
医師名

印

指定訪問看護ステーション
LE (エルイー) 在宅・施設 訪問看護
リハビリステーション