

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 (年 月 日 ~ 年 月 日)
 点滴注射指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	様	年 月 日 (歳)
症状・主訴		
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、指定訪問看護の実施を指示いたします。

年 月 日

医療機関名 (医) 晃和会 北田医院
住所 大阪市鶴見区放出東2-4-1
電話 06-6961-2817
FAX 06-6968-6789
医師氏名 北田 博一

