

特別訪問看護指示書
 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書にレ点記入

特別看護指示期間(令和 年 月 日～ 年 月 日) ※有効期間14日間

点滴注射指示期間(令和 年 月 日～ 年 月 日) ※有効期間7日間

お客様氏名 (患者氏名)	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
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					
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。

令和 年 月 日

イーリス訪問看護ステーション

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

印