

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