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

印

	特別看護指示期間(点滴注射指示期間(年 月 年 月	日 ~ 日 ~			月 月	日) 日)
患者氏名	生年月日		 年	月	<u>'</u> 日		
				(·		裁)
病状・主訴:							4,74,7
/13.00							
 一時的に訪問看護が頻回に必要な理は	a ·						
WITH WITH TELEVISION OF THE CALL STREET	- ·						
 留意事項及び指示事項(注 : 点滴注射薬の	相互作用・副作用についての図音。	ちがあわげ記載し	て下さい				
田心寺で以入し古小寺では、小個任初来の	旧丘IF用・町IF用に JV・Cの田息)	ボ <i>ル・874 い</i> 4 日 単、 C	ZCTGV.				
 点滴注射指示内容(投与薬剤・投与量							
	(文子) (公子)						
緊急時の連絡先等							
上記のとおり、指示いたします。							
					年	月	日

医療機関名: 電 話: (FAX): 医師氏名: