

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

特別看護指示期間は14日間を
限度として交付

※該当する指示書を○で囲むこと

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 大・昭・平 年 月 日 (歳)
病状・主訴：	点滴注射指示期間は7日間 とし、月に何回でも交付可
一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：	介護保険で訪問看護を利用している場合は、医療保険 に切り替わる
留意事項及び指示事項 <small>(注：点滴注射薬の相互作用・副作用に)</small>	①急性増悪 ②退院直後 ③非がんの終末期 ※真皮を超える褥瘡と気管カニューレを使用の場合に限り 月2回の交付が可能
	感染症や特に注意が必要なことを記入
点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)	末梢点滴、静脈注射、皮下注射、筋肉注射などの 指示が必要な場合に記入
緊急時の連絡先等	在宅療養支援診療所はファーストコールが訪問看護の場合は ①緊急時は、まずは訪問看護で対応してください ②往診医連絡先の記入

上記のとおり、指示いたします。

日付は指示開始日または
それ以前の日付で記入

年 月 日

医療機関名
電 話
(F A X)

医 師 氏 名

印