　　　　　　特別訪問看護指示書（小児科用）

　　　　　　　　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

特別看護指示期間　　（西暦　　 年　 月　 日　～ 　年　 月　 日）

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

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）  患者氏名 | 生年月日 　　平・令　 年 　月 　 日    （ 男 ・ 女 ） （　　歳　　ヵ月） |
| 【病状・主訴】：  【一時的に訪問看護が頻回に必要な理由】： | |
|  | 【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下さい。） | |
| 【内服薬指示内容】（薬剤・量・投与方法等） | |
| 【緊急時の連絡先】　　　①  　　　　　　　　　　　　② | |

　　　　　　 　　上記のとおり、指示いたします。

　　　　　　　　　　 　　西暦　　　年　　月　　日

　医療機関名   
 住 所 　 電 　　話

　　　　 （ＦＡＸ ）　　 　 　 医師氏名 印

　　千の恵み訪問看護ステーション殿