

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

特別指示期間 : 2 週間

点滴の指示期間 : 1 週間

特別看護指示期間(令和 元年 5 月 7 日 ~ 元 年 5 月 20 日)

点滴注射指示期間(令和 元年 5 月 7 日 ~ 元 年 5 月 13 日)

患者氏名	○○○○	生年月日	明・大・昭・平・令 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (○ 歳)
症状・主訴 特別訪問看護指示書を発行する理由(症状等)を記載してください。 一時的に訪問看護が頻回に必要な理由: 例: ○月○日より、39 度台の熱発。湿性咳嗽、痰がらみ出現 脳梗塞後遺症にて、麻痺・拘縮あり、痰の自力核出できないため、 頻回の痰の吸引が必要となっています。			
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ください。) 訪問看護への指示等を記載してください。 例: 頻回の訪問看護が必要です。急変時にはご連絡ください。			
点滴注射指示内容(投与薬剤・投与量・投与方法等) 抗生剤○○○ ○g+生食 100ml/日			
緊急時の連絡先等 090-○×△▲-○×××			

上記のとおり指示いたします。

令和 元 年 5 月 7 日

医療機関名

住所

電話・FAX

医師氏名

印

○○訪問看護ステーション

殿

一般社団法人 静岡県訪問看護ステーション協議会 発行
訪問看護活用ガイド 2018 年版より 抜粋