

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

特別看護指示期間（平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日）

点滴注射指示期間（平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日）

患者氏名：	生年月日 年 月 日（ 歳 ヶ月 歳）
病状・主訴 <input type="checkbox"/> 肺炎・気管支炎 <input type="checkbox"/> 膀胱炎・腎盂腎炎 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 皮膚科軟膏処置 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 人工肛門管理 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 在宅導入・退院初期 <input type="checkbox"/> その他	
留意事項および指示事項 （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） <input type="checkbox"/> 採血（全身I・肝・腎・脂質・CRP・その他） <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 導尿処置 <input type="checkbox"/> 排便処置（内服・浣腸） <input type="checkbox"/> 体位交換 <input type="checkbox"/> バルーン留置 <input type="checkbox"/> 人工肛門処置 <input type="checkbox"/> 皮膚科軟膏処置 <input type="checkbox"/> 呼吸リハビリテーション <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 血液ガス分析 <input type="checkbox"/> 家族指導	
点滴注射指示内容 （投与薬剤・投与量・投与方法など）	
備考	

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

住所

電話：

FAX

医師氏名

印

指定訪問看護ステーション

殿