

訪問看護指示書

訪問看護指示期間:西暦 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

※該当する内容を○で囲むこと

ふりがな 患者氏名	性別 男・女・不明		
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	歳
患者住所	〒 電話()		
主な疾患名			
現在の 状況	病状・治療状況		
	投薬		
	使用医療機器等		
	日常生活等		
留意事項及び指示事項			
在宅患者訪問点滴に関する指示(投与薬剤・投与量・投与方法等)			
緊急の連絡先	不在時の対応		
主治医との情報交換の手段	電話 ・ FAX ・ Mail :		
特記すべき留意事項(注:薬の相互作用・副作用との留意点、薬物アレルギー等の既往があれば記載してください)			

上記の通り指示いたします。

西暦 年 月 日

医療機関名
住所
電話番号
(FAX)
医師名

印