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							ひこと
		示期間(年		~			日)
电老爪力	点滴注射	指示期間(<u>年</u> 年	月日~	~	年	<u>月</u>	日)
患者氏名	生円	月日	平	月	日		(歳)
病状・主訴								
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	記入して	下さい	.)	
 点滴注射指示内容	片县。	上生)						
	子里"以 了 刀包	५ च /						
緊急時の連絡先等								
備考								
L - 上記のとおり、指示いたします。								
						年	月	日

医療機関名 住所電話 電 fax fax fax 医師氏名

印

〒224-0015 横浜市都筑区牛久保西1-20-21 都筑区医師会ナーシングホーム TEL 045-913-6321 FAX 045-913-6326 管理者 吉井 涼子 殿