

特別訪問看護指示書  
在宅患者訪問点滴注射指示書（小児用）

※ 該当する指示書を○でかこむこと

特別看護指示期間：西暦 年 月 日 ～ 月 日 ※有効期限 14 日間

点滴注射指示期間：西暦 年 月 日 ～ 月 日 ※有効期限 7 日間のうち 3 日以上

ふりがな 患者氏名	生年月日 昭・平・令 年 月 日 ( 歳)
【病状・主訴】：	
褥瘡の深さ	NPUAP分類 III度 IV度 DESIGN分類 D3 D4 D5
【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。）	
※薬剤アレルギー： 無し 有り ( )	
【点滴注射指示内容】（投与薬剤・投与量・投与方法等）	
【緊急時の連絡先】（かかりつけ医の携帯番号等）	

上記の通り、指示いたします。

西暦 年 月 日

医療機関名  
電 話  
( F A X )  
医 師 氏 名

印