

# 特別訪問看護指示書 申込書

申込日 令和 年 月 日

## 【事業所の皆様へ】

※太枠内は必ずご記入をお願いします。その他、記載事項がありましたら、チェック・ご記入下さい。  
※お申込は、FAX・かけはし・郵送・持参で対応させていただいております。ご不明な点がございましたら、お気軽にお問い合わせ下さい。

- 特別訪問看護指示書  
 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書にチェックをお願いします

|   |                 |
|---|-----------------|
| 特別看護指示期間 ( 年 月 日～ 年 月 日)                          |                 |
| 点滴注射指示期間 ( 年 月 日～ 年 月 日)                          |                 |
| 患者氏名  | 生年月日 年 月 日 ( 歳) |
| 病状・主訴：<br><br>一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：                  |                 |
| 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。) |                 |
| 点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)                         |                 |
| 緊急時の連絡先等  |                 |

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名 富士市立中央病院

電話 0545-52-1131

(FAX) 0545-53-3708

(依頼) 医師 氏名

事業所

|  |   |
|--|---|
| 事業所担当者   | お問合せ先 ( ) ー                             |
| 受渡方法 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵便 | 郵送をご希望される場合は、返信用封筒に切手を貼り、地域医療連携室にお送り下さい |

富士市立中央病院 地域医療連携室 TEL0545-52-1131 / FAX0545-53-3708