

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： 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) 0545-51-3708

(依頼) 医師 氏名

事業所

事業所担当者	お問合せ先 () 一
受渡方法 ☐ 窓口 ☐ 郵便	送付先住所 〒

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