

主治医指示書

指示日（搬送日）

年 月 日

発地名

着地名

患者氏名	様	生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日
(歳)						
患者住所						
主たる傷病名						
搬送中の留意事項及び指示事項						
I.療養生活上の留意事項						
II.医療指示（該当するものに☑をつけて下さい）						
<input type="checkbox"/> 酸素療法（ L/min） <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 点滴注射 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ						
<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 血糖測定・インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他						
上記の医療指示に関する詳細						
緊急時の連絡先						

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

事業所

ケアタクシーおむかい株式会社

担当看護師 殿

医療機関名

住 所

電 話

主治医氏名

印