

# 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○で囲むこと

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 明・大・昭・平・令 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：  
電 話：  
(FAX)：  
医師氏名：

印

殿