

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	(歳)
患者住所	電話	
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		

上記の通り、指示いたします。

年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医師氏名

印