

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（令和 年 月 日～令和 年 月 日）

点滴注射指示期間（令和 年 月 日～令和 年 月 日）

患者氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
症状・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ください。)			
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。

令和 年 月 日

医療機関名

電 話

(FAX.)

医師氏名

印

袋原訪問看護ステーション 殿