

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                      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

事業所

殿