

(別紙様式 17 の 2)

精神科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 )

[illegible]

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