

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

(F A X.)

医師氏名

印

事業所

殿