

特 別 訪 問 看 護 指 示 書
在 宅 患 者 訪 問 点 滴 注 射 指 示 書

※該当する指示を○で囲むこと

特別看護指示期間（平成 年 月 日 ～ 年 月 日）
点滴注射指示期間（平成 年 月 日 ～ 年 月 日）

患者氏名		生年月日	
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：点滴注射薬の相合作用・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。

平成 年 月 日

医療機関名

住所

電話

FAX

指定訪問看護ステーション り・らいふ訪問看護ステーション 殿

医師氏名

印