

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

特別看護師時期間（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 殿	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		

上記の通り、指示致します。

令和 年 月 日

医療機関名

住 所

電 話 () —

F A X () —

医 師 氏 名

印

ふたば訪問看護ステーション 殿