

(別紙様式 18)

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（西暦） 年 月 日～ 年 月 日  
点滴注射指示期間（西暦） 年 月 日～ 年 月 日

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 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 <small>(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。)</small>	
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。

西暦 年 月 日

医療機関名  
電 話  
(F A X. )  
医 師 氏 名 印

絆訪問看護ステーション 殿