

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

住 所

電 話

(F A X)

医師氏名

印

事業所 すずらん訪問看護ステーション

大木 智恵

殿