

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

患者氏名		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）
病状・主訴		
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入して下さい。）		
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.)

医師氏名

印

指定訪問看護ステーション

訪問看護リハビリステーションはる 殿