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

※該当する指示書を〇で囲むこと

特別訪問看護指示期間（　　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　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（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

電　　話
（ＦＡＸ　）
医師氏名　　印

団栗訪問看護リハビリステーション　殿