

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

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平・令 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。

令和 年 月 日

医療機関名  
電 話  
(F A X. )  
医 師 氏 名

印

訪問看護ステーション

殿