（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

※該当する指示書を〇で囲むこと

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）
症状・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ください。）		
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		

上記の通り、指示いたします。

年　　月　　日

医療機関名

電話

（FAX）

医師氏名　　印

ゆうあい訪問看護ステーション　ゆめ　　殿