

(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 (        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 大・昭・平・令        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	

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

年    月    日

医療機関名  
住            所  
電            話  
( F A X )  
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション  
済生会訪問看護ステーションかみす 殿