

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

|  |  |      |           |
|--|--|------|-----------|
| 患者氏名   |  | 生年月日 | 年 月 日（ 歳） |
| 病状・主訴：<br><br>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、指定訪問看護の指示をいたします。

令和 年 月 日

医療機関名  
住所  
電話  
(FAX)  
医師氏名

印

青葉区医師会 訪問看護ステーション 殿