

(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 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。

令和 年 月 日

医療機関名
電 話
(FAX.)
医 師 氏 名

印

エブリー訪問看護ステーション殿