

# 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（平成 年 月 日～平成 年 月 日）

点滴注射指示期間（平成 年 月 日～平成 年 月 日）

患者氏名		生年月日 明・大・昭 年 月 日 ( 歳)
病状・主訴		
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。

平成 年 月 日

医療機関  
住 所  
電話・FAX  
医師氏名

印