

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 喘・疔・聊・穢 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。

平成 年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

(F A X)

医 師 氏 名

印

美原記念病院  
訪問看護ステーション

グ ラ ー チ ア

殿