

(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 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)  
点滴注射指示期間 (平成 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。

平成 年 月 日

医療機関名  
電 話  
(FAX.)  
医師氏名

印

事業所

医療法人 新光会

みのり訪問看護ステーション 百合ヶ丘

〒215-0003 川崎市麻生区高石3-9-1

TEL 044-969-7172 FAX 044-969-7173