特 別 訪 問 看 護 指 示 書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を〇で囲むこと

特別看護指示期間 （　　年　月　日 ～　　年　月　日）
点滴注射指示期間 （　　年　月　日 ～　　年　月　日）

患者氏名	生年月日　　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。

年　　月　　日

医療機関名
電　　話
（ＦＡＸ.）
医師氏名　　印

医療法人新光会
みのり訪問看護ステーション高津
〒213-0015　神奈川県川崎市高津区梶ヶ谷3-2-8
TEL：044-750-9012　FAX:044-750-9013