

# 特別訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

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 日生 ( 歳) |
| 病状・主訴                     |  |      |             |
| 留意事項及び指示事項                |  |      |             |
| 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  
住 所  
電 話  
(FAX)

医師氏名

印

指定訪問看護ステーション

訪問看護ステーション ひまり 京都西 殿