

(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

いちき串木野市医師会立
脳神経外科センター
訪問看護ステーション さくら
管理者 畑中 勇二
医療機関名
住 所
電 話
(FAX.)
殿 医師氏名

印