

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(令和 年 月 日～ 年 月 日)
点滴注射指示期間(令和 年 月 日～ 年 月 日)

患者氏名		生年月日	年 月 日生(歳)
症状・主訴			
留意事項及び指示事項			
在宅患者訪問点滴注射に関する指示(投与薬剤・投与量・投与方法等)			
備 考			

上記のとおり、特別訪問看護の実施を指示いたします。

令和 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
あい訪問看護ステーション平尾 殿