（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<br>（　　歳） |
|---|---|
| 病状・主訴：<br><br>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

事業所　　殿