

見本②

(産科用)

特別訪問看護指示期間と
点滴開始期間は診察の翌日
からの日付をお願いします。
☆この日付の場合、前日の
令和7年8月31日が
受診日(診察日)です。

特別訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

特別訪問看護指示期間<最長 14 日間>

特別看護指示期間 (令和 7 年 9 月 1 日 ~ 令和 7 年 9 月 14 日)
点滴注射指示期間 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)

(ふりがな) 患者氏名	北野 鈴子 様	生年月日	昭和 平成 ○年 △月 □日 (○○歳)
病状・主訴： 例) 嘔気、嘔吐、倦怠感、経口摂取困難 等			
一時的に訪問看護が頻回に必要な理由： 例) 脱水傾向のため点滴が必要な状態			
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ください) 例) 初産で不安が強く、精神的サポートや育児支援も必要。 特記事項があればご記入ください。			
点滴薬指示内容 (薬剤・量・投与方法等) 週2回、次回の妊婦健診まで。 等 ヴィーンD輸液 500ml 1袋 + ブドウ糖注射液 50%20ml 1管 + ビタメジン静注用 1V 250ml/h (滴下時間等を記入)			
緊急時の連絡先： ※貴院の連絡先、夜間・土日祝日もつながる電話番号をご記入ください。			
不在時の対応 : 例) 折り返します 等			

上記の通り、指示いたします。

訪問看護ステーション North Bell 殿

医療機関名
所在地
電話番号・FAX
医師氏名

令和 7 年 8 月 31 日

押印必須

印

特別訪問看護指示書の開始日
もしくは、それより前の日付
をお願いします。

見本③

(産科用)

特別訪問看護指示期間と
点滴開始期間は診察の翌日
からの日付をお願いします。
☆この日付の場合、前日の
令和7年8月31日が
受診日(診察日)です

特別訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

点滴指示期間<7日間毎>

特別看護指示期間 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)
点滴注射指示期間 (令和 7年 9月 1日 ~ 令和 7年 9月 7日)

(ふりがな) 患者氏名	北野 鈴子 様	生年月日	昭和 平成 ○年 △月 □日 (○○歳)
病状・主訴： 例) 嘔気、嘔吐、倦怠感、経口摂取困難 等			
一時的に訪問看護が頻回に必要な理由： 例) 脱水傾向に点滴が必要な状態。			
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ください) 例) 初産で不安が強く、精神的サポートや育児支援も必要。 特記事項があればご記入ください。			
点滴薬指示内容 (薬剤・量・投与方法等) 指示期間中毎日 ヴィーンD 輸液 500ml 1袋 + ブドウ糖注射液 50%20ml 1管 + ビタメジン静注用 1V 250ml/h (滴下時間等を記入)			
緊急時の連絡先：	※貴院の連絡先、夜間・土日祝日もつながる電話番号をご記入ください。		
不在時の対応：	例) 折り返します 等		

上記の通り、指示いたします。

令和 7 年 8 月 31 日

医療機関名
所在地
電話番号・FAX
医師氏名

押印必須

印

訪問看護ステーション North Bell 殿

在宅患者訪問点滴注射指示書の開始日
もしくは、それより前の日付でお願い
します。