

(産科用)

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 ~ 令和 年 月 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	様	生年月日	昭和 平成	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ください)				
点滴薬指示内容 (薬剤・量・投与方法等)				
緊急時の連絡先： 不在時の対応：				

上記の通り、指示いたします。

令和 年 月 日

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

印