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（　　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	明・大・昭・平・令　　年 月　　日（　　歳）
症状・主訴			
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

住所

電話・FAX

医師氏名　　印

事業所　　訪問看護リハビリステーション　白樺　殿

特別訪問看護指示書 ・ 在宅患者訪問点滴注射指示書

① 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	②	生年月日	明・大・昭・平・令　　年 ③ 月　　日（　　歳）
症状・主訴 ④			
留意事項及び指示事項 ⑤ （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。）			
点滴注射指示内容（投与薬剤・投与量・投与方法等） ⑥			
緊急時の連絡先等 ⑦			

上記のとおり指示いたします。　⑧　　年　　月　　日

医療機関名　⑨
住所
電話・FAX
医師氏名　　印

事業所　　訪問看護リハビリステーション　白樺　殿

特別訪問看護指示書・在宅患者訪問点滴注射指示書

の記入方法

※　必ず①～⑨まで、ご記入下さい！

①：特別訪問看護・点滴注射の指示期間をご記入ください。（最長２週間まで）

※　通常の訪問看護指示書の期間内でご記入下さい

②：患者さまの氏名をご記入ください。

③：患者さまの年号と生年月日をご記入ください。

④：特別訪問看護指示・点滴注射指示に至った症状や主訴をご記入ください。

⑤：指示期間中の看護師等が介入時に気をつける留意事項をご記入ください。

⑥：点滴・注射による内容（投与薬剤、投与量、投与方法等）を詳細にご記入くだ

さい。

⑦：主治医と緊急時に連絡が取れる連絡先をご記入ください。

⑧：指示書の作成日をご記入ください。

⑨：主治医のフルネーム、捺印、医療機関名、住所、連絡先等をご記入ください。