（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	生年月日明・大・昭・平・令　　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	
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

事　業　所　　医療機関名:

〒011-0942　　電　　話:

秋田市土崎港東２丁目 14-7　　（ＦＡＸ）:

訪問看護ステーションみなと町　医師氏名　:　　印

殿