（産科用）

特別訪問看護指示書

※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）

（ふりがな） 患者氏名	生年月日　　平・令　　年　　月　　日 （ 男 ・ 女 ）（　　歳　　ヵ月）
【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下さい。）	
【内服薬指示内容】（薬剤・量・投与方法等）	
【緊急時の連絡先】　　① ②	

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

訪問看護ステーションHARU上京　殿