

訪問看護指示書が交付されていることが前提条件

特別訪問看護期間
は最長14日

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○で囲むこと

特別看護指示期間 (西暦 2025年 4月 1日 ~ 2025年 4月 14日)

点滴注射指示期間 (西暦 2025年 4月 1日 ~ 2025年 4月 7日)

(ふりがな)
患者氏名

*指示は点滴予定実施期間を記載
*在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算
定する場合は7日ごとに指示書を発行する

【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。)

【点滴注射・内服指示内容】 (投与薬剤・量・投与方法等)

①○○○○500ml+○○ (○時間かけて滴下) 7日間

②○○○○500ml (○時間かけて滴下) ○/○~○/○までの3日間

【緊急時の連絡先】 夜間を含め、連絡が取れる連絡先や、連絡が取れない 場合の対応方法について記載 (○○病院へ連絡 等)

上記のとおり、指示いたします。

西暦 2025年 4月 1日

指示日は特別訪問看護指示期間の開始日と同日
でなければならない

住 所
電 話
(FAX)
医師氏名

印

訪問看護ステーションピースコネクト殿