

精神科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（ 年 月 日～ 年 月 日）

点滴注射指示期間 (年 月 日～ 年 月 日)

[illegible]

上記のとおり指示いたします。

年 月 日

医療機関名

電話

(F A X.)

医師氏名

印

事業所

殿