

**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

特別看護指示書期間（平成 年 月 日 ～ 年 月 日）

点滴注射指示期間（平成 年 月 日 ～ 年 月 日）

[illegible]

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所 〒

電話
(FAX)
医師氏名

印

指定訪問看護ステーション

殿