

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：
(FAX)：
医師氏名：

印

殿