

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

特別訪問看護指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名		生年月日	
患者住所	電話		
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。) (複数名訪問の必要性 あり ・ なし) 理由： <ol style="list-style-type: none"> 1. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 2. 利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者 3. 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者 4. その他 (短時間訪問の必要性 あり ・ なし 理由：)			
特に観察を要する項目 (該当する項目に○をつけてください) 1 服薬確認 2 水分及び食物摂取の状況 3 精神症状 (観察が必要な事項： 4 身体症状 (観察が必要な事項： 5 その他 (
点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)			
緊急時の連絡先等			

上記の通り、指示いたします。

年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医師氏名

印

みよみよ看護 殿