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

※該当する指示書を〇で囲むこと

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）

患者氏名		生年月日	年　　月　　日（　　才）

症状・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。）
（該当する項目に〇をつけてください）
（複数名訪問の必要性　　あり　・　なし　　理由：　　）
（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（該当する項目に〇をつけてください）
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

上記のとおり、特別訪問看護の実施を指示いたします。

年　　月　　日

医療機関名
住　　所

電　　話
（F A X）
医 師 氏 名　　印

指定訪問看護ステーション　訪問看護リハビリステーション ヒューマン・ケア総合センター　殿