

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)	
患者氏名	生年月日 年 月 日 (歳)
病状・主訴： 一時的に訪問看護が頻繁に必要な理由：	
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○をつけてください)	
[複数名訪問の必要性 あり ・ なし]	
理由：	1. 暴行行為、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一人の看護師等による訪問看護が困難 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	

上記のとおり、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

事業所 いちか訪問看護ステーション サテライト白井 殿