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 （　　歳）

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。）

（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：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一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（該当する項目に〇をつけてください）

1　服薬管理

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
（ＦＡＸ）

医師氏名　　印

事業所　すずらん訪問看護ステーション

大木　智恵　　殿