

(別紙様式17の2)

- 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

※該当する指示書の□を✓

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	明・大・昭・平	年	月	日
( 歳 )						
病状・主訴:  一時的に訪問看護が頻回又は長・短時間必要な理由:						
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 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし 理由: (短時間訪問の必要性 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし 理由: (長時間訪問の必要性 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 服薬確認 <input type="checkbox"/> 水分及び食物摂取の状況 <input type="checkbox"/> 精神症状(観察が必要な事項: ) <input type="checkbox"/> 身体症状(観察が必要な事項: ) <input type="checkbox"/> 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。

平成 年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

(F A X)

医 師 氏 名

印

事業所

登戸だんだん訪問看護

殿