

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 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)	
点滴注射指示期間 (平成 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： ) (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。 令和 年 月 日

〇〇〇〇訪問看護ステーション  
〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇〇-〇〇  
〇〇〇〇101 号  
TEL: 00-0000-0000  
FAX: 00-0000-0000  
管理者 〇〇 〇〇

医療機関名  
住所  
TEL:  
FAX:  
医師氏名 印