

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 :

P L E

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