

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

患者氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (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。

平成 年 月 日

医療機関名

電 話

(F A X.)

医 師 氏 名

印

事業所

株式会社 清心

みのり地域看護ステーション

殿