

(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

※該当する指示書を○で囲むこと

|  |                         |
|--|-------------------------|
| 特別看護指示期間 (令和 年 月 日 ~ 年 月 日)  |                         |
| 点滴注射指示期間 (令和 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：<br><br>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。)<br>(該当する項目に○をつけてください)<br>(複数回訪問の必要性 あり ・ なし 理由： )<br>(短時間訪問の必要性 あり ・ なし 理由： )<br><br>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)<br>1 服薬確認<br>2 水分及び食物摂取の状況<br>3 精神症状 (観察が必要な事項： )<br>4 身体症状 (観察が必要な事項： )<br>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

医療機関名  
電 話  
( F A X . )  
医 師 氏 名

印

事業所 竹口病院訪問看護ステーション 殿