

(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

※該当する指示書に✓する(上記)

訪問看護指示期間

～

点滴注射指示期間

～

患者氏名		生年月日		
		年齢		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) <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：)				
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"/> 1 服薬確認 <input type="checkbox"/> 2 水分及び食物摂取の状況 <input type="checkbox"/> 3 精神症状 (観察が必要な事項：) <input type="checkbox"/> 4 身体症状 (観察が必要な事項：) <input type="checkbox"/> 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。

年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

指定訪問看護ステーション

看護協会ちば訪問看護ステーション

殿