

※該当する指示書を選んでください。

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

特別訪問看護指示期間: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

訪問点滴注射指示期間: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

フリガナ					
患者氏名	様	男・女	S・H	年 月 日生	歳
住所					
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) (該当する項目を選んでください)					
複数名訪問の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
理由 <input type="checkbox"/> 1. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者					
<input type="checkbox"/> 2. 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者					
<input type="checkbox"/> 3. 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者					
<input type="checkbox"/> 4. その他( )					
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(該当する項目を選んでください)					
<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、指示します。

年 月 日

医療機関名 和歌山県立こころの医療センター  
及び所在地 和歌山県有田郡有田川町庄31  
電話 0737-52-3221  
(FAX.) 0737-52-5571

医師氏名

印

事業所

殿