

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	(	年	月	日	～	年	月	日)
点滴注射指示期間	(	年	月	日	～	年	月	日)
患者氏名	生年月日	大・昭・平・令	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：) 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。

年 月 日

医療機関名
電 話
F A X
医 師 氏 名

印

事業所 みかづき訪問看護ステーション 殿