## 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

特別看護指示具		牛 月		$\sim$	牛	月 日)
	引間 (	年 月	月月~	~	年	月 日)
患者氏名	生年月日		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: 点滴注射素)	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	( ۱۰ ا	
(該当する項目に○をつけてください)						
	2L					
理由:1.暴力行為、著しい迷惑	行為、器物破損行為	為等が認め	られる者			
2. 利用者の身体的理由に	より一人の看護師等	学による訪	問看護が困	難と認め	られる	者
3. 利用者及びその家族そ	れぞれへの支援が必	公要な者				
4. その他(						)
短時間訪問の必要性 あり・ た	2 L					
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	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					
電电	話					
(FA)	X.)					
医師氏	名					印

事業所