## 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

特別有護指亦		午 月		_	牛	月 日)
点滴注射指示	·期間 (	年月	日~	~	年	月 日)
患者氏名	生年月日		年		月	日
				(		歳)
病状・主訴:						
	Σm . I.					
一時的に訪問看護が頻回に必要	な埋由:					
留意事項及び指示事項 (注: 点滴注)	针变の担互 佐田 . 副佐田	についての知辛	よぶもれば記	掛してても	21 \ \	
・一部で見及して日本・事で見く在:点個在 に該当する項目に○をつけてください)	<b>利乗の相互作用・削作用</b>	にプリいての領恩	(出かの4い4記)	戦して下る	· ( '0 )	
✓ 複数名訪問の必要性 あり・	なし					
理由:1.暴力行為、著しい迷		<b>丁為等が認め</b>	られる者			
2. 利用者の身体的理由				難と認め	られるネ	当
3. 利用者及びその家族				#6 '/	w I	
4. その他(		-2,50				)
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(該当っ	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	万法等)				
■ A D + A T + W + W						
緊急時の連絡先等						
「きのしわり、地口、よしまよ						
上記のとおり、指示いたします。				/T:		П
				年	月	日
<b>左</b> <del>佐</del>	機関名					
<b></b>	(成) 話					
_	A X. )					
医師						印
E-2 H14	· • H					1.17

事業所