（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	年　月　日 （　歳）

病状・主訴：

一時的に訪問看護が頻繁に必要な理由：

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：　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
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
３．利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者
４．その他　（　　）

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
住　　所
電　　話
（ＦＡＸ．）
医師氏名　　印

事業所　　殿