

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(平成 年 月 日～ 年 月 日)

点滴注射指示期間(平成 年 月 日～ 年 月 日)

| | | | | | | | |
|---|---|------|---------|---|---|--------|----------|
| 患者氏名 | 様 | 生年月日 | 明・大・昭・平 | 年 | 月 | 日生(歳) | (様式17の2) |
| 患者住所 | | 電話番号 | () | | | | |
| 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・副作用について留意点があれば記載してください。) (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。 平成 年 月 日

診療訪問介護事業所 殿

診療中央病院

〒171-0043 東京都豊島区要町3-36-3

TEL 03-3973-6161

FAX 03-3973-2332

医師氏名 診療太郎 ㊞