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

印

	特別看護指示期 点滴注射指示期		年 年	月月	日 ~ 日 ~			月 日)
患者氏名		生年月日	明・大・	昭・平	さ・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:							
理由: 1. 暴力行為、 2. 利用者の	ください) あり ・ なし 著しい迷惑行為、 身体的理由により一 げその家族それぞれ	器物破損行為等 人の看護師等 <i>に</i>	穿が認めらる こよる訪問	れる者		られる者		
特に観察を要する項目(該 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 4 身体症状(観察が必要な 5 その他(兄 公事項:	つけてくださ	(1)))		
点滴注射指示内容(投与薬 原急時の連絡先等	剤・投与量・投与	方法等)						
系								
上記のとおり、指示いた		機関名:				年	月	日

殿

電 話: (FAX): 医師氏名: