（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 | 生年月日　　　明・大・昭・平　　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

医療機関名

住　　　所

　　　　　　　　　　　　電話 /FAX

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

指定訪問看護ステーションどんぐり　殿