（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（令和　 年 　月 　日　～ 年　 月 　日）

 　　　 　点滴注射指示期間（令和　 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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（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。

　　　　　　　　　　 　　　令和　　年　　月　　日

 　医療機関名 　 　 　　電 　　話

 　　　　 （ＦＡＸ．）　　 　 　医師氏名 印

 フォレスト訪問看護リハビリステーション殿