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

※該当する指示書を〇で囲むこと

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　　西暦　　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。) （該当する項目に〇をつけてください） （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（該当する項目に〇をつけてください） 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。

西暦　　年　月　日

医療機関
住　　所
電　　話
ＦＡＸ
医師氏名　　印

訪問看護ステーションみかん殿
FAX　03-6450-8865