

(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（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。

平成 年 月 日

医療機関名
電 話
(F A X .)
医 師 氏 名

印

事業所

殿