精神科　特別訪問看護指示書

※該当する内容を〇で囲むこと

特別看護指示期間　（西暦　　　年　　　月　　日　～　　　年　　　月　　　日）

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）  患者氏名 | 生年月日　西暦　　　　　　年　　月　　日  （　男　・　女　・不明　）（　　　　　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（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　　①　暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損などが認められる者  　　　　②　利用者の身体的理由により、一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者  　　　　③　利用者及びその家族それぞれへ支援が必要な者  　　　　④　その他（自由記載）  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　水分および食物摂取の状況  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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 内服薬指示内容 | |
| 緊急時の連絡先　　　①  　　　　　　　　　　② | |

上記の通り、指示いたします。　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　年　　　月　　　日

医療機関名

住　所

電　話

（FAX）

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

訪問看護ステーションはっぴいmamaはうす　殿