

精神科 特別訪問看護指示書

※該当する内容を○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○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○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aile 殿 【TEL:0267-88-8345/FAX:0267-88-8346】