## 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(		年	月	∃~	年	月	日)
点滴注射指示期間(		年	月	∃~	年	月	日)
患者氏名	生年月日			年	月		日
					(		歳)
症状・主訴:							
   一時的に訪問看護が頻回に必要な	理由:						
	,тш.						
の辛声で及び化三声で (パール)の							
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	゙゙゙゙゙゙があれば記載し`	てトさい。)		
(該当する項目に○をつけてください)	• 751						_
世由: 1. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者							
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の支援が必要な者							
4. その他(						)	
短時間訪問の必要性 あり ・	なし						
理由:(						)	' J
	i□ 12 ( +	~ 14 ~	ノン・シュ	. \			
特に観察を要する項目(該当する項	日につる。	) () (	ください	(1)			
1 服薬確認   2 水分及び食物摂取の状況							
2 水分及び長初摂取の状況   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			)				
Miles 1311 131 132 3 38/13 22 3	<b>=</b> 1,7,7	, , ,	•				
EV 4. II+ の 主が 4. //か							
緊急時の連絡先等							
上記のとおり指示いたします。							
				年	月		日
	医療機関	名					
	電 話	舌					
	(F A X						
	医師氏名	-/					印
	<b>应</b> 即以右						H1

事業所