

**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 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 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日 ( 歳)</div>
症状・主訴：  一時的に訪問看護が頻回に必要な場合：	
<b>留意事項及び指示事項</b> （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：	
<b>特に観察を要する項目</b> （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	

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

あつぎ訪問看護ステーション  
〒243-0012 厚木市幸町10-15オフィスナンバ2F  
TEL 046-281-7603 FAX 050-3201-4579

医療機関名  
電 話  
(FAX)  
医師氏名

印