(精神科用)

**特 別 訪 問 看 護 指 示 書**

特別訪問看護指示期間（令和　　年　　月　　日　～ 令和　　年　　月　　日）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏名 | 様 | 生年月日 | 昭・平　　年　　月　　日（　　歳） |
| 住所 | 〒  電話　　　　－　　　　－ | | |
| 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  複数名訪問の理由 ：  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の支援が必要とする者  ４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 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 | | | |
| 特記すべき留意事項 | | | |

上記の通り、特別訪問看護の実施を指示いたします。　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

医療機関名

住　　　所

電　　　話

（ＦＡＸ）

医師氏名

訪問看護ステーション RAKUNI 殿