

(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○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○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