# 精神科特別訪問看護指示書

※該当する指示書を〇で囲むこと

特別看護指示期間(西暦　　年　　月　　日～　　年　　月　　日)

| | |
|---|---|
| (ふりがな)<br>患者氏名 | 生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日<br>（男・女）（　　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（該当する項目に〇をつけてください）

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（　　）

緊急時の連絡先等　　不在時の対応法

上記のとおり、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アロハ 殿