（別紙様式４）

医療観察精神科特別訪問看護指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

医療観察特別訪問看護指示期間（令和　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日）

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者氏名 | 生年月日　明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令　　　年　　月　　日  （　　　歳） |
| 症状・主訴：  　一時的に医療観察訪問看護が頻回又は長・短時間必要な理由： | |
| 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があれば記載してください。)  （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：　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （長時間訪問の必要性　　　あり　・　なし　理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （短時間訪問の必要性　　　あり　・　なし　理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　）  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） | |
| 緊急時の連絡先等 | |

上記のとおり、指示いたします。

令和　　　年　　　月　　　日

医療機関名

電話

（ＦＡＸ）

医師氏名　　　　　　　　　　　　　印

訪問看護事業型指定通院医療機関 　　　　　　　　　　　殿

（訪問看護ステーション）