

(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 (年 月 日 ~ 年 月 日)

対象者氏名	生年月日	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 : 1. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等認められる者
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 ()

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。

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)