

(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 明・大・昭・平・令 年 月 日<br>( 歳) |
| 症状・主訴：<br><br>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。)<br>(該当する項目に○をつけてください)<br>(複数名訪問の必要性      あり ・ なし 理由： )<br>(長時間訪問の必要性      あり ・ なし 理由： )<br>(短時間訪問の必要性      あり ・ なし 理由： )<br><br>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)<br>1 服薬確認<br>2 水分及び食物摂取の状況<br>3 精神症状 (観察が必要な事項： )<br>4 身体症状 (観察が必要な事項： )<br>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

( F A X )

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)