

精神科特別訪問看護指示書

特別訪問看護指示期間 (令和 年 月 日～ 年 月 日)

患者氏名		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
患者住所	電話 () -	
主たる傷病名	(1)	(2) (3)
症状・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	(該当する項目にチェックを入れてください) 複数名訪問の必要性: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 理由: 短時間訪問の必要性: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 理由:	
特に観察を要する項目 (該当する項目に チェックを入れて 下さい)	<input type="checkbox"/> 服薬確認 <input type="checkbox"/> 精神症状 (観察が必要な事項:) <input type="checkbox"/> 身体症状 (観察が必要な事項:) <input type="checkbox"/> 水分及び食物摂取の状況 <input type="checkbox"/> その他 ()	
緊急時の連絡先		
緊急時の連絡先 不在時の対応法		
特記すべき留意事項		

上記のとおり、精神科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

印

しもやぎ訪問看護ステーション殿