

精神科特別訪問看護指示書 申込書

申込日 令和 年 月 日

【事業所の皆様へ】

※太枠内は必ずご記入をお願いします。その他、記載事項がありましたら、チェック・ご記入下さい。
※お申込は、FAX・かけはし・郵送・持参で対応させていただいております。ご不明な点がございましたら、お気軽にお問い合わせ下さい。

- ☐ 精神科特別訪問看護指示書
☐ 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書にチェックをお願いします

特別看護指示期間 (年 月 日～ 年 月 日)	
点滴注射指示期間 (年 月 日～ 年 月 日)	
患者氏名	生年月日 年 月 日 (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（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下さい。） （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 () 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 富士市立中央病院
電 話 0545-52-1131
(F A X .) 0545-53-3708

(依頼) 医師 氏名

事業所

事業所担当者	お問合せ先 () 一
受渡方法 ☐ 窓口 ☐ 郵便	送付先住所 〒

富士市立中央病院 地域医療連携室 TEL0545-52-1131 / FAX0545-53-3708