**精 神 特 別 訪 問 看 護 指 示 書**

特別看護指示期間（令和　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | | 生年月日　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：　□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  （該当する項目にチェックを入れてください） | | □服薬確認  □精神症状(観察が必要な事項：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  □身体症状(観察が必要な事項：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  □水分及び食物摂取の状況  □その他　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | |
| 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

電　　 話

（ＦＡＸ.）

医 師 氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

事業所　　　　　　きりん訪問看護ステーション