**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