

# 精神特別訪問看護指示書

記入例

1日～最長で14日間まで

特別看護指示期間（令和 年 1月 1日 ～ 年 1月 14日）

患者氏名	きりん太郎	生年月日	大・ <b>昭</b> ・平 11年 1月 1日 ( 歳)
患者住所	徳島市蔵本町	電話	( 088 ) 678 - 2551
主たる傷病名	(1) 統合失調症	(2)	(3)
症状・主訴	幻覚不眠		
一時的に訪問看護が頻回に必要な理由	退院後であり、頻回な訪問が必要なため。		
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 checked="" 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 checked="" 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ください)	<input checked="" type="checkbox"/> 服薬確認 <input checked="" 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	きりん病院	088-678-2551	
不在時の対応法	医師携帯	080-0000-0000	
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 1月 1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