

# 精神科特別訪問看護指示書

特別看護指示期間（令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日）

(ふりがな) 患者氏名	様 男・女	生年月日	昭和 平成 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（該当するものに○をつけてください） 複数名訪問の必要性 あり ・ なし 複数名訪問の理由 1. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損などが認められる者 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（ ）			
特に観察を要する項目（該当するものに○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（ ）			
緊急時の連絡先： 不在時の対応：			

上記の通り、指示いたします。

令和 年 月 日

訪問看護ステーション North Bell 殿

医療機関名  
所在地  
電話番号  
(FAX)  
医師氏名

印