

特別指示/点滴指示書 どちらかの
指示内容に○をつける

(別紙様式 17 の 2)

~~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

指示期間は最大で 14 日間で。

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間 (令和 7 年 5 月 12 日 ~ 令和 7 年 5 月 25 日)
点滴注射指示期間 (令和 7 年 5 月 12 日 ~ 令和 7 年 5 月 18 日)

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 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 (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：) (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)	
緊急時の連絡先等	

点滴注射期間は 7 日間。
月に何回でも交付可能。

複数名・短時間については訪問
看護から依頼があった際はご検
討をお願いします。

在宅患者訪問点滴注射指示書の際に、指示内容の記入

日付は指示開始日またはそれ以前の日付で記入

上記のとおり、指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

電 話

(F A X .)

医 師 氏 名

印

事業所 訪問看護ステーション

※精神科特別看護指示書/点滴指示書は単体での交付はできません。必ず、通常の
精神科訪問看護指示書(発行済み期間内でも可)とセットでの交付をお願いします。