

## 精神科訪問看護指示書

指示期間 (平成 年 月 日～ 年 月 日)

|  |   |                            |
|--|---|----------------------------|
| 患者氏名   |   | 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日<br>( 歳) |
| 患者住所   | 電話 ( ) -                                | 施設名                        |
| 主たる傷病名   | (1)                                     | (2) (3)                    |
| 現在の状況  | 病状・治療状況                                 |                            |
|  | 投与中の薬剤<br>の用量・用法                        |                            |
|  | 病名告知                                    | あり ・ なし                    |
|  | 治療の受け入れ                                 |                            |
|  | 複数名訪問の必要性                               | あり ・ なし                    |
|  | 短時間訪問の必要性                               | あり ・ なし                    |
|  | 複数回訪問の必要性                               | あり ・ なし                    |
| 日常生活自立度  | 認知症の状況 ( I II a II b III a III b IV M ) |                            |
| 精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項<br>1 生活リズムの確立<br>2 家事能力、社会技能等の獲得<br>3 対人関係の改善（家族含む）<br>4 社会資源活用の支援<br>5 薬物療法継続への援助<br>6 身体合併症の発症・悪化の防止<br>7 その他 |   |                            |
| 緊急時の連絡先<br>不在時の対応法   |   |                            |
| 主治医との情報交換の手段   |   |                            |
| 特記すべき留意事項  |   |                            |

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

(FAX )

医師氏名

印

指定訪問看護ステーション

殿