## 精神科訪問看護指示書

		指示期間	(	年	月	$_{ m H}\sim$		年 月	目)
患者	·氏名		生年	<b>F</b> 月日			年	月	E
					Т			(	歳)
患者	住所				施	設名			
		電話(	)						
	る傷病名	(1)		(2)			(3)		
傷病	名コード								
現在の状況(該	病状・治療状況								
	投与中の薬剤								
	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			
		理由:							
(該当項目に○等)		1. 暴力行	為、著	しい迷惑行	為、器物	勿破損行	為等が認	恩められる	る者
目		2. 利用者	の身体	的理由によ	り一人	の看護師	等による	る訪問看	護が困難
に		と認めら	れる者						
等)		3. 利用者	及びそ	の家族それ	ぞれへの	の支援が	必要な者	ž.	
		4. その他	(						)
	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 .	( I I	а П	[b III]	a III	b IV	M )
精神	訪問看護に関する旨	留意事項及び指示	卡事項						
1	生活リズムの確立								
2	家事能力、社会技能	と 等の 獲得							
3	対人関係の改善(家族含む)								
4	社会資源活用の支援	至							
5	薬物療法継続への扱	受助							
6	身体合併症の発症・	悪化の防止							
7	その他								
緊急	時の連絡先								
不在	時の対応法								
主治	医との情報交換の手段	r. Z							
特記	すべき留意事項								
上記の	のとおり、指定訪問	看護の実施を指	示いた	します。					
							年	月	日
		医療機関名						-	
		住 所							
		電話							
		(FAX.)							
		医師氏名							印