

(別紙様式17)

精神科訪問看護指示書

指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(歳)
患者住所	電話 () -			施設名			
主たる傷病名							
現在の状況 該当する項目に✓をつけてください	病状・治療状況	(1)	(2)	(3)			
	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					
	短時間訪問の必要性	□ あり ・ □ なし					
	日常生活自立度	認知症の状況 (□ I □ IIa □ IIb □ IIIa □ IIIb □ IV □ M)					
精神科訪問看護に関する留意事項及び指示事項 * 該当する項目に✓をつけてください							
<input type="checkbox"/> 生活リズムの確立							
<input type="checkbox"/> 家事能力、社会技能等の獲得							
<input type="checkbox"/> 対人関係の改善(家族含む)							
<input type="checkbox"/> 社会資源活用の支援							
<input type="checkbox"/> 薬物療法継続への援助							
<input type="checkbox"/> 身体合併症の発症・悪化の防止							
<input type="checkbox"/> 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							
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。

年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

(F A X)

医師氏名

印

訪問看護ステーション

登戸だんだん訪問看護

殿