

精神科訪問看護指示書

指示期間（平成 年 月 日～平成 年 月 日）

患者氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生（ 歳）
患者住所	〒 電話（ ）		施設名
主たる傷病名			
現在の状況	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			
<ol style="list-style-type: none"> 1 生活リズムの確立 2 家事能力、社会技能等の獲得 3 対人関係の改善（家族含む） 4 社会資源活用への支援 5 薬物療法継続への援助 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			
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