

精神科訪問看護指示書

指示期間 _____ ~ _____

患者氏名			生年月日	年齢
患者住所	電話番号		施設名	
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)	
現在の状況	病状・治療状況			
	投与中の薬剤の容量・用法			
	病名告知	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし		
	治療の受け入れ			
	複数名訪問の必要性	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし		
	短時間訪問の必要性	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし		
	日常生活自立度	認知症の状況 (<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M)		
精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項				
<input type="checkbox"/> 1 生活リズムの確立 <input type="checkbox"/> 2 家事能力、社会技能等の獲得 <input type="checkbox"/> 3 対人関係の改善(家族含む) <input type="checkbox"/> 4 社会資源活用の支援 <input type="checkbox"/> 5 薬物療法継続への援助 <input type="checkbox"/> 6 身体合併症の発症・悪化の防止 <input type="checkbox"/> 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

訪問看護ステーション はな

殿