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	年　月　日 （　歳）
患者住所	電話（　　）　－	施設名	
主たる傷病名	(1)　(2)　(3)		

現在の状況（該当項目に○等）	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： １．暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 ２．利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者 ３．利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者 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　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　M　）

精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項

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

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
（ＦＡＸ．）
医師氏名　　印

指定訪問看護ステーション
成田訪問看護ステーション玲光苑
千葉県成田市新町1037-63
TEL　0476(22)2566
FAX　0476(23)7156