

精神科訪問看護指示書

精神科訪問看護指示期間（令和 年 月 日～令和 年 月 日）

患者氏名	様	生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日（ 歳）
患者住所	電話（ ） - -	施設名	
主たる傷病名			
(1)		傷病名コード	
(2)		傷病名コード	
(3)		傷病名コード	
現在の状況	病状・治療状況		
	投薬中の薬剤の用量・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	
		理由：	
		1) 暴力行為、著しい迷惑行為、器物損壊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がそれぞれ支援が必要な者			
4) その他（ ）			
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（ 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			
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（夜間・休日等）			
主治医との情報交換手段		電話 ・ FAX ・ メール ・ 封書 ・ その他	
特記すべき注意事項			

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

住所

電話

FAX

清和会訪問看護ステーション ひまわり 殿

医師氏名

(印)