

精神科訪問看護指示書

訪問看護指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名		生年月日	(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							
	投与中の薬剤の用量・用法	1	2	3				
		4	5	6				
		7	8	9				
		10	11	12				
		13	14	15				
		病名告知	あり		なし			
	治療の受入れ							
	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								

上記の通り、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

〒224-0015 横浜市都筑区牛久保西1-20-21
都筑区医師会訪問看護ステーション
TEL045-913-5181 FAX045-911-6700
管理者 宮島 佳代 殿