

# 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"> <li>1. 生活リズムの確立</li> <li>2. 家事能力、社会技能等の獲得</li> <li>3. 対人関係の改善（家族含む）</li> <li>4. 社会資源活用の支援</li> <li>5. 薬物療法継続への援助</li> <li>6. 身体合併症の発症・悪化の防止</li> <li>7. その他</li> </ol> |              |      |       |     |                |
| 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