

# 精神科訪問看護指示書

指示期間 (平成 年 月 日～ 年 月 日)

患者氏名		生年月日 明・大・昭・平 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	(1) (2) (3)
	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
	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"> <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 社会資源活用への支援</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

訪問看護ステーション あまね 行