

精神科訪問看護指示書

指示期間 (令和 年 月 日 ~ 令和 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	(1)	(2) (3)
現在の状況	病状・治療状況	
	投与中の薬剤の用量・用法	<input type="checkbox"/> 処方箋添付
	病名告知	<input checked="" type="checkbox"/> あり ・ なし
	治療の受け入れ	
	複数名訪問の必要性	<input checked="" type="checkbox"/> あり ・ なし
	短時間訪問の必要性	<input checked="" type="checkbox"/> あり ・ なし
	複数回訪問の必要性	<input checked="" type="checkbox"/> あり ・ なし
日常生活自立度	認知症の状況 (<input checked="" type="checkbox"/>) ()	
精神科訪問看護に関する留意事項及び指示事項		
<input type="checkbox"/> 1 生活リズムの確立 <input type="checkbox"/> 2 家事能力、社会技能等の獲得 <input type="checkbox"/> 3 対人関係の改善 (家族含む) <input type="checkbox"/> 4 社会資源活用の支援 <input type="checkbox"/> 5 薬物療法継続の援助 <input type="checkbox"/> 6 身体合併症の発症・悪化の防止 <input type="checkbox"/> 7 家族対応 <input type="checkbox"/> 8 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
(F A X)

医師氏名

印

指定訪問看護ステーション

心の訪問看護ステーションひなが 殿