

# 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	年 月 日 ( 歳)
患者住所	施設名		
主たる傷病名			
現在の状況	症状 治療状態		
	投与中の薬剤 の用量・用法		
	病名告知	あり	・ なし
	治療受け入れ		
	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 II a II b III a III b 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>			
緊急時の連絡法 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 (再発・再燃の徴候など)			

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

医師氏名

印

おかもと訪問看護ステーション 殿