

精神科訪問看護指示書

指示期間(年 月 日～ 年 月 日)

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平・令 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	
	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)
精神科訪問看護に関する留意事項及び指示事項		
<ul 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
(FAX)
医師氏名

印