

# 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・該当番号に〇等	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					
	理由 :	1. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 2. 利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者 3. 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者 4. その他					
短時間訪問の必要性	あり ・ なし						
複数回訪問の必要性	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							
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