

# 精神科訪問看護指示書

指示期間( 年 月 日 ~ 年 月 日 )

(ふりがな) 患者氏名	( )	生年月日 ( M T S H ) 年 月 日 ( 歳)	
患者住所	〒 -  電話番号 - -	施設名(施設入所の場合)	
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			
1 生活習慣、生活リズムの確立			
2 生活技術、家事能力、社会技術等の獲得			
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			
主治医との情報交換手段			
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:

印

オレンジナースステーション 殿