

精神科訪問看護指示書

指示期間(202 年 月 日～ 202 年 月 日)

		様	生年月日	T・S・H・R	年	月	日
患者住所							
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 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							
<ol style="list-style-type: none"> 生活リズムの確立 家事能力、社会技能等の獲得 対人関係の改善(家族含む) 社会資源活用の支援 薬物療法継続への援助 身体合併症の発症・悪化の防止 その他 							
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する。

202 年 月 日

医療機関名

住所

電話・FAX

医師氏名

印