

精神科訪問看護指示書

指示期間(令和 年 月 日 ~ 年 月 日)

| | | |
|--|------------------|-------------------------------------|
| 患者氏名 | | 生年月日 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 |
| | 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

訪問看護ステーションひまわり越谷 Fax.048-972-6733