

精神科訪問看護指示書

指示期間 (平成 年 月 日～ 年 月 日)

| | | | |
|---|-------------------------------------|---------|-----------------------|
| 患者氏名 | | 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) |
| 患者住所 | 〒 電話 () - | | |
| 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。

平成 年 月 日

医療法人 新光会
 みのり訪問看護ステーション 百合ヶ丘
 〒215-0003 川崎市麻生区高石3-9-1
 TEL 044-969-7172 FAX 044-969-7173

医療機関名
 住 所
 電 話
 (FAX)
 医師氏名