

(別紙様式 17)

## 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 ( ) -	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
	日常生活自立度	認知症の状況 ( I II a II b III a III b 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 社会資源活用への支援 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

医療機関名

住 所

電 話

(FAX )

医師氏名

印

トライ訪問看護ステーション

殿