

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	年 月 日（ 歳）	
患者住所	電話				
主たる傷病名					
現在の状況	病状・治療状況				
	投薬中の薬剤の用量・用法				
	病名 告知				
	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(家族を含む) 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					
在宅患者訪問点滴注射に関する指示（投与薬剤 ・ 投与量 ・ 投与方法等）					
緊急時の連絡先 不在時の対応方法					
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、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所 〒

電 話
(F A X)
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション

殿