別紙様式１７　　　　　　　　　　　精神科訪問看護指示書

指示期間　(　　　　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 | | |  | | |
| 現  在  の  状  況 | 病状・治療状況 | | (1)　　　　　　 　　　(2)　　　 　　　　　　(3) | | |
| 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　） | | |
| 精神科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。

　　　年　　　月　　　日

医療機関名

住　　 所

電　　 話

(FAX)

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

指定訪問看護ステーション

　　　ハレ＊訪問看護リハビリステーション　　　殿