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