

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 (a b a b 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

医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医師氏名

指定訪問看護ステーション

殿

記載例

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	様	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
患者住所	電話 () -	利用者が他科にもかかっている場合、必要時他科の診療情報の記載をお願いします。
主たる傷病名		
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 (a b a b 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		運動機能低下の予防等、理学療法士等の訪問が必要な場合は記載をお願いします。
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

(F A X)

医 師 氏 名

訪問開始月日は鉛筆書きの年月日で記載をお願いします。

印