

精神科訪問看護指示書

指示期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ		性別	年 月 日生	歳
患者氏名	様			
住所				
主病名		合併症		
(ICD10コード)				
病状・治療状況				
投与中の薬剤の 用量・用法				
病名告知	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
治療の受け入れ	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他(_____)			
複数名訪問の必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
上記が必要である理由	<input type="checkbox"/> 1. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 <input type="checkbox"/> 2. 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者 <input type="checkbox"/> 3. 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者 <input type="checkbox"/> 4. その他(自由記載) (_____)			
短時間訪問の必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
日常生活の自立度 (認知症の状況)	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
精神科訪問看護に関する留意事項及び指示事項				
<input type="checkbox"/> 1 生活リズムの確立 <input type="checkbox"/> 2 家事能力・社会技能等の獲得 <input type="checkbox"/> 3 対人関係の改善(家族含む) <input type="checkbox"/> 4 社会資源活用の支援 <input type="checkbox"/> 5 薬物療法継続への援助 <input type="checkbox"/> 6 身体合併症の発症・悪化の防止 <input type="checkbox"/> 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、訪問看護の実施を指示します。

事業所名

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

御中

医療機関名 和歌山県立こころの医療センター
 及び所在地 和歌山県有田郡有田川町庄31
 電話番号 0737-52-3221
 主治医氏名 _____ 印