

精神科訪問看護指示書

指示期間 (令和 年 月 日～令和 年 月 日)

(ふりがな) 患者氏名	様	生年月日	昭・平	年	月	日
		(男・女)		(歳)		
患者住所	〒					
		電話 () -				
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	良好 ・ やや良 ・ 不良				
	複数名訪問の必要性	あり ・ なし				
	複数名訪問の理由	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 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 3. 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者 4. その他(自由記載) ()				
	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)					
精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> 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 </div> <div style="width: 45%;"> 【妊産婦の場合】 8 胎児心音確認 (妊婦のみ) 9 保健指導 10 育児支援・育児相談 11 乳房チェック・乳房マッサージ </div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin-left: auto; margin-top: 20px; text-align: center;"> GAF 尺度 点 </div>						
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		TEL ・ FAX ・ Mail :				
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。

令和 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医師氏名

印

精神科特別訪問看護指示書

特別看護指示期間(令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日)

(ふりがな) 患者氏名 様	生年月日 昭・平 年 月 日 (男・女) (歳)
病状・主訴： 一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：	
留意事項及び指示事項 (該当する項目に○をつけてください) 複数名訪問の必要性 あり ・ なし 複数名訪問の理由 1,暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損などが認められる者 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 3,利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者 4,その他(自由記載)	
特に観察を要する項目 (該当する項目に○をつけてください) 1 服薬確認 2 水分及び食物摂取の状況 3 精神症状 (観察が必要な事項：) 4 身体症状 (観察が必要な事項：) 5 その他 ()	
緊急時の連絡先等	不在時の対応法

上記のとおり、指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医 師 氏 名

印