（別紙様式17）

**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（　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  　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　　　　　　　　　　　　　　　　印

指定訪問看護ステーションどんぐり　　殿