

(精神科用)

訪問看護指示書

訪問看護指示期間 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)

（ふりがな） 患者氏名	様 男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日	（ 歳）
患者住所	〒 - 電話番号（ ） -						
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)				
傷病名コード	(1)	(2)	(3)				
現在の 状況	病状・治療状況						
	投与中の薬剤の 用法・容量						
	病名告知	あり ・ なし					
	治療の受け入れ	良好 ・ やや良好 ・ 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（ ）					
	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 V ）					
使用医療機器等							
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				【妊産婦の場合】			
2. 家事能力、社会技能等の獲得				8. 胎児心音の確認（妊婦のみ）			
3. 対人関係の改善（家族含む）				9. 保健指導			
4. 社会資源活用の支援				10. 育児支援・育児相談			
5. 薬物療法継続への援助				11. 乳房チェック・乳房マッサージ			
6. 身体合併症の発症・悪化の防止				GAF 尺度 点			
7. その他（ ）							
緊急時の連絡先： 不在時の対応：							
特記すべき留意事項（注：薬の相互作用・副作用についての留意点、既往歴、アレルギーの有無等があれば記載して下さい。）							

上記の通り、指示いたします。

令和 年 月 日

訪問看護ステーション North Bell 殿

医療機関名
所在地
電話番号
(FAX)
医師氏名

印