

精神科訪問看護指示書

指示期間

～

患者氏名	生年月日		
	年齢	119	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	<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"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良	
	複数名訪問の必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	短時間訪問の必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	複数回訪問の必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	開始時の訪問頻度	<input type="checkbox"/> 1回/1か月 <input type="checkbox"/> 1回/2週 <input type="checkbox"/> 1回/週 <input type="checkbox"/> 2回/週	
日常生活自立度	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、指定訪問看護の実施を指示いたします。

2019年6月14日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X.)
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション

独立行政法人国立病院機構 榊原病院
ゆうはあと訪問看護ステーション

殿