**精神科訪問看護指示書**

（別紙様式17）

指示期間　（令和　　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。

令和　　　年　　　月　　　日

医療機関名

住　　　所

電　　　話

（FAX　）

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

フォレスト訪問看護リハビリステーション殿