

訪問看護指示書(精神科用)

訪問看護指示期間:西暦 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

※該当する内容を○で囲むこと

ふりがな 患者氏名				性別	男・女・不明				
生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	年齢 歳				
患者住所	〒 _____ 電話(_____)								
主な疾患名									
現在の状況	病状・治療状況								
	投薬								
	病名の告知	あり	・	なし	治療の受け入れ 良好	・	やや良	・	不良
	複数訪問の必要性	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、一人の看護師による訪問が困難と認められる者 3. 利用者及びその家族それぞれの支援が必要な者 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								
精神看護訪問に関する留意事項及び指示事項					GAF尺度 _____ 点				
1 生活リズムの確立 ② 家事能力、社会的技能等の獲得 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 身体合併症の発症や悪化の防止 ⑦ その他(_____) ⑧ 胎児心音確認(妊婦のみ)⑨ 保健指導 ⑩ 育児支援・支援相談 ⑪ 乳房管理 ⑫オンライン相談									
緊急の連絡先	不在時の対応								
主治医との情報交換の手段	電話 ・ FAX ・ Mail :								
特記すべき留意事項(注:薬の相互作用・副作用との留意点、薬物アレルギー等の既往があれば記載してください)									

上記の通り指示いたします。

西暦 20 年 月 日

医療機関名
住所
電話番号

(FAX)
医師名

印

訪問看護ステーションaile 殿【TEL:0267-88-8345/FAX:0267-88-8346】