

精神訪問看護指示書

指示期間（平成 年 月 日～平成 年 月 日）

患者氏名		生年月日	明・大・昭	年	月	日	
		（ 歳）					
患者住所							
	電話（ ） —						
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)				
現在の状況	病状・治療状態						
	投与中の薬剤の用法・用量	1.	2.	3.	4.	5.	6.
	病名告知の有無 病 識	あり・なし					
	日常生活自立度	認知度の状況（ I II a II b III a III b IV M）					
治療の目標							
精神訪問看護に関する留意事項および指示事項							
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							
訪問回数	1.	週	回	2.	月	回	
主治医との情報交換の手段	TEL ・ FAX ・ その他（ ）						
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、薬物アレルギーの既往があれば記載して下さい。）							

上記の通り、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
住 所
電話・FAX
医師氏名

印