

# 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							
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 生活リズムの確立</li> <li>2 家事能力、社会技能等の獲得</li> <li>3 対人関係の改善（家族含む）</li> <li>4 社会資源活用の支援</li> <li>5 薬物療法継続への援助</li> <li>6 身体合併症の発症・悪化の防止</li> <li>7 その他</li> </ol>							
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