

精神科訪問看護指示書

指示期間（令和 年 月 日～ 年 月 日）

患者氏名		生年月日	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 用法・容量					
	病名告知	あり・なし				
	複数名訪問必要性	あり・なし				
		理由 1 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為が認められる物 2 利用者の身体的理由により一人での訪問看護が困難な者 3 利用者およびその家族への支援が必要な者 4 その他（				
	短時間訪問必要性	あり・なし				
	複数回訪問必要性	あり・なし				
日常生活自立度	認知症の状況（ I IIa IIb IIIa IIIb IV M ）					
当ステーションではメディカルアロマセラピーを取り入れたケアも行っています 症状の緩和を目的としたケアになります ご承諾の有無を頂きますようお願いいたします <div style="text-align: right;">承諾（ 有・無 ）</div>						
精神訪問看護に関する留意事項及び連絡事項 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（家事含む） 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

年 月 日

あつぎ訪問看護ステーション
〒243-0012 厚木市幸町10-15
オフィスナンバ2F
TEL 046-281-7603
FAX 050-3201-4579

医療機関
住 所
電 話
(FAX)
医師氏名

印