精 神 訪 問 看 護 指 示 書

訪問看護指示期間（令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日 ）

患者氏名		生年月日	明・大・昭・平　　（　　歳）
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
	複数回訪問の必要性	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	

上記の通り、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

指定訪問看護ステーション

こもね訪問看護ステーション　　殿