**精神科訪問看護指示書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指示期間（　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日　）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  患者氏名 | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | 生年月日  （M　T　S　H）　　　　年　　　月　　　日　（　　　歳） | |
| 患者住所 | | 〒　　　　－    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　－　　　　　　　　－ | | | | 施設名（施設入所の場合） |
| 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 | | |  | | |
| 病識 | | |  | | |
| 複数名訪問の必要性 | | | あり　・　なし | | |
| 日常生活自立度 | | | 認知症の状況　（Ⅰ　　Ⅱa 　　Ⅱb　　Ⅲa 　　Ⅲb　　Ⅳ　　M　） | | |
| 治療の目的・目標 | | | | | | |
| 精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項  　１　　生活習慣、生活リズムの確立  　２　　生活技術、家事能力、社会技術等の獲得  　３　　対人関係の改善  　４　　社会資源活用の支援  　５　　その他 | | | | | | |
| 緊急時の連絡先  不在時の対応 | | | | | | |
| 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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（FAX.）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　訪問看護ステーションりゅう　　　殿