|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (別紙様式17) |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **精神科訪問看護指示書** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 指示期間（　　　　年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日） |  |
|  |  患者氏名 | 　 | 生年月日　明・大・昭・平・令　　　年　　　月　　　日 |  |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | （　　　歳） |  |
|  |  患者住所 | 　 | 施設名 | 　 |  |
|  | 　 | 　 | 　 | 電話（　　　）　　　　　　－ | 　 |  |
|  |  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 |  |
|  | 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 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |
|  | 　 |  |
|  |  上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。 |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 　　年　　月　　日 |  |
|  |  |  |  | 医療機関名 |  |  |  |
|  |  |  |  | 住所 |  |  |  |
|  |  |  |  | 電話 |  |  |  |
|  |  |  |  | (ＦＡＸ) |  |  |  |
|  |  |  |  | 医師氏名 |  | 印 |  |
|  | 事業所 | なごみ訪問看護ステーション　殿 |  |  |  |  |