|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (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 | | | |  |  |  |  |