精神科訪問看護指示書

☐ 指示期間（　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日）

患者氏名	様	生年月日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 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・治療状態	
	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（家族を含む） ☐ 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	☐ 電話　☐ FAX　☐ 電子メール　☐ 面談　☐ その他（　　）
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　（医）晃和会　北田医院
住所　大阪市鶴見区放出東2-4-1
電話　06-6961-2817
FAX　06-6968-6789
医師氏名　北田　博一　印

訪問看護ステーション　北田　宛