

## 訪問看護指示書（精神科用）

訪問看護指示期間：               年    月    日 ～               年    月    日

ふりがな 患者氏名	生年月日 昭・平・令                      年    月    日 性別 男・女・不明                      (       ) 歳		
患者住所	〒    電話 (    )		
主な疾病名	①	②	③
疾病コード	①	②	③
現 在 の 状 況	病状・治療状況		
	投薬		
	病名の告知 あり          ・          なし              治療の受け入れ 良好          ・          やや良          ・          不良		
	複数訪問の必要性	あり          ・          なし	
	複数名訪問の理由	1. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 2. 利用者の身体的理由により、一人の看護師等による訪問が困難と認める者 3. 利用者及びその家族それぞれの支援が必要な者 4. その他（自由記載）	
	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 )	
精神看護訪問に関する留意事項及び指示事項			GAF 尺度          点
① 生活リズムの確立	【妊産婦の場合】	⑧ 胎児心音確認（妊婦のみ）	
② 家事能力、社会的技能等の獲得		⑨ 保健指導	
③ 対人関係の改善（家族含む）		⑩ 育児支援・育児相談	
④ 社会資源活用への支援		⑪ 乳房管理	
⑤ 薬物療法継続への援助			
⑥ 身体合併症の発症や悪化の防止			
⑦ その他 (    )			
緊急の連絡先	不在時の対応		
主治医との情報交換の手段	電話          ・          FAX          ・          Mail          ：		
特記すべき留意事項（注：薬の相互作用・副作用との留意点、薬物アレルギー等の既往があれば記載してください）			

上記の通り指示いたします。

年    月    日

医療機関名

住所

電話番号

(FAX)

訪問看護ステーション

はっぴい mama ほうす 殿 【025-278-3177】

医師名

印