(精神科用)

**訪 問 看 護 指 示 書**

 訪問看護指示期間（令和　　　年　　　月　　　日 ～ 令和　　　年　　　月　　　日）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏名 | 様 | 生年月日 | 昭・平　　　年　　　月　　　日 （　　　　歳） |
| 住所 | 〒電話　　　 　　－　　　 　－　　　 |
| 主な疾患名 |  |
| 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 |
| 複数名訪問の必要性 | あり ・ なし | 短時間訪問の必要性 | 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、一人の看護師による訪問が困難と認められる者
3. 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者
4. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 日常生活自立度 |  |
| 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　　２．家事能力、社会的技能等の獲得　　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．身体合併症の発症や悪化の防止７．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）８．胎児心音チェック　　９．保健指導　　10．育児支援・指導・相談　　１１．乳房管理　　１２．授乳支援(※)上記８～12は産前産後の女性のみ　 |
| 緊急時の連絡先 |  | 不在時の対処法 |  |
| 主治医との情報交換の手段 | 電話 ・ FAX |  　　　 －　　　　　　　　－ |
| メール | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 特記すべき留意事項(注：薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギー等の留意事項があれば記載してください。) |

上記の通り、訪問看護の実施を指示いたします。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

医療機関名

住　　所

電　　話

(ＦＡＸ)

医師氏名

訪問看護ステーション RAKUNI 殿