

(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
(F A X)
医 師 氏 名