

精神科訪問看護指示書

訪問看護指示期間： 年 月 日～ 年 月 日 ※該当する内容を○で囲むこと

ふりがな 患者氏名	生年月日 年 月 日 性別 男・女・不明 (歳)		
患者住所	〒 電話 ()		
主な疾患名	①	②	③
疾病コード	①	②	③
現在の状況	症状・治療状況		
	投薬		
	病名の告知	あり・なし	治療受け入れ 良好・やや良・不良
	複数名訪問の必要性	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られる者 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 ()	
	短時間訪問の必要性	あり・なし	
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 ①生活リズムの確立 【妊産婦の場合】 ②家事能力、社会的技能等の獲得 ⑧胎児心音確認（妊婦のみ） ③対人関係の改善（家族含む） ⑨保健指導 ④社会資源活用への支援 ⑩育児支援・育児相談 ⑤薬物療法継続への援助 ⑪乳房管理 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)

医師署名（又は記名押印）