訪問看護指示書（精神科用）

訪問看護指示期間：西暦　２０　　　年　　月　　日　～　２０　　　年　　月　　日

　※該当する内容を〇で囲むこと

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  患者氏名 | | 性別　　　男・女・不明 | |
| 生年月日 | | 昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　年齢　　　　歳 | |
| 患者住所 | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | |  |
| 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　胎児心音確認（妊婦のみ）　　⑨　保健指導　　⑩　育児支援・支援相談　　⑪　乳房管理 | | | |
| 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。　　　　　　　　　西暦　　２０　　　年　　　月　　　日

医療機関名

住所

電話番号

訪問看護ステーション　　　　　　　　　　　　　（FAX）

はっぴいmamaはうす　殿【025-278-3177】　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　印