

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○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

(FAX)

訪問看護ステーション

はっぴい mama はうす 殿 【025-278-3177】

医師名

印