

精神科訪問看護指示書

指示期間（平成 年 月 日～ 年 月 日）

患者氏名		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
患者住所	電話() -	施設名
主たる傷病名		
現在の状況	病状・治療状況	(1) (2) (3)
	投与中の薬剤の用量・用法	
	病名告知	あり・なし
	治療の受け入れ	
	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
	日常生活自立度	認知症の状況 (I II a II b III a III b IV M)
精神科訪問看護に関する留意事項及び指示事項 1 生活リズムの確立 2 家事能力、社会技能等の獲得 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・悪化の防止 7 訪問回数 ① 回/週 8 その他		
緊急の連絡先		
不在時の対応法		
主治医との情報交換の手段		
特記すべき留意事項		

上記の通り、指示訪問看護の実施を指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医師氏名

指定訪問看護ステーション KUINA

殿

精神科特別訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間 (平成 年 月 日～ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (平成 年 月 日～ 年 月 日)

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
病状・主訴: 一時的に訪問看護が頻回に必要な理由	① 回/日 ② 回/週
留意事項及び指示事項(注:点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載してください。) (該当する項目に○をつけてください) (複数名訪問の必要性 あり ・ なし 理由:) (短時間訪問の必要性 あり ・ なし 理由:) 特に観察を要する項目 (該当する項目に○をつけてください)	
点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)	
緊急時の連絡先等	

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
電 話
(FAX)
医師氏名

印

指定訪問看護ステーション KUINA

殿