

# 精神科訪問看護指示書

指示期間( 年 月 日 ～ 年 月 日)

|                                                                                                                                                               |                                         |                                                                                                                                                                          |      |  |      |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|------|--|--|
| 患者氏名                                                                                                                                                          |                                         |                                                                                                                                                                          | 生年月日 |  | ( 歳) |  |  |
| 患者住所                                                                                                                                                          | 電話 ( ) -                                |                                                                                                                                                                          | 施設名  |  |      |  |  |
| 主たる傷病名                                                                                                                                                        |                                         | (1)                                                                                                                                                                      | (2)  |  | (3)  |  |  |
| 傷病名コード                                                                                                                                                        |                                         |                                                                                                                                                                          |      |  |      |  |  |
| 現在の状況                                                                                                                                                         | 病状・治療状況                                 |                                                                                                                                                                          |      |  |      |  |  |
|                                                                                                                                                               | 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                                                                                                                                                                  |      |  |      |  |  |
|                                                                                                                                                               |                                         | 理由:<br>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<br>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看護が困難と認められる者<br>3. 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者<br>4. 産後、精神的に不安定な状態にあり、母・児・その他家族それぞれに援助が必要な者<br>5. その他 ( ) |      |  |      |  |  |
|                                                                                                                                                               | 短時間訪問の必要性                               | あり ・ なし                                                                                                                                                                  |      |  |      |  |  |
| 複数回訪問の必要性                                                                                                                                                     | 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<br>2 家事能力、社会技能等の獲得<br>3 対人関係の改善(家族含む)<br>4 社会資源活用の支援<br>5 薬物療法継続への援助<br>6 身体合併症の発症・悪化の防止<br>7 育児支援・相談、産後ケア(乳房ケアを含む)、母のレスパイトケア、子に対する日常生活援助<br>8 その他 |                                         |                                                                                                                                                                          |      |  |      |  |  |
| 緊急時の連絡先                                                                                                                                                       |                                         |                                                                                                                                                                          |      |  |      |  |  |
| 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                                                                                                                                                     |                                         |                                                                                                                                                                          |      |  |      |  |  |

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

( F A X )

医 師 氏 名

印

事業所 Your Nurse訪問看護ステーション

殿