

精神訪問看護指示書

訪問看護指示期間（平成 年 月 日～平成 年 月 日）

患者氏名		生年月日	明・大・昭・平				（ 歳）
患者住所						施設名	
	電話						
主たる傷病名							
現 在 の 状 況	病状・治療 状 況						
	投与中の薬 剤の用量・ 用法						
	病 識						
	日常生活 自立度	認知症の状況（ I II a II b III a III b IV M ）					
治療の目標							
精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項 1 生活習慣、生活リズムの確立 2 生活技術、家事能力、社会技能等の獲得 3 対人関係の改善 4 社会資源活用の支援 5 その他							
緊急時の連絡先 不在時の対応法							
特記すべき留意事項		（注：薬の相互作用・副作用・についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型 訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載してください。）					

上記の通り、指定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

印

指定訪問看護ステーション

こもね訪問看護リハビリステーション 殿