

精神科訪問看護指示書

指示期間(令和2年7月1日～令和2年12月31日)

(ふりがな) 患者氏名	生年月日 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	
患者住所	電話	
主たる傷病名 (1)	*認知症は介護保険の適用となるため、それ以外の精神疾患名を記載 ただし、精神科在宅患者支援管理料を算定する認知症は医療保険給付	
現在の状況	病状・治療状況	
	投与中の薬剤の用量・用法	*GAF 尺度を記載する
	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 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等による訪問看護が困難と認められる者 3. 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者 4. その他 (*複数名訪問の必要性がある場合は、必ず一つ以上該当欄に○をつけてください。) なし
	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 IIa IIb IIIa IIIb 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 ② 家事能力、社会技術等の獲得 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 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。



令和2年6月30日

医療機関名
住所
電話
(FAX.)

* 指示日は指示開始前または開始日と同日であること

* 退院時は、退院日以前又は退院日とすること

医師氏名

精神科医であることが条件

印