（別紙様式３）

医療観察精神科訪問看護指示書

指示期間 （ 　　年 　　月 　　日～ 　　年 　　月 　　日）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者氏名 |  | 生年月日　明・大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　　　歳） |
| 対象者住所 | 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 |
| 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） |
| 医療観察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　身体合併症の発作・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、医療観察訪問看護の実施を指示いたします。

令和　　　年　　　月　　　日

医療機関名

住 所

電 話

（FAX ）

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

訪問看護事業型指定通院医療機関 　　　　　　　　　　　殿

（訪問看護ステーション）

（別紙様式４）

医療観察精神科特別訪問看護指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

医療観察特別訪問看護指示期間（令和　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日）

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者氏名 | 生年月日　　明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 症状・主訴：　一時的に医療観察訪問看護が頻回又は長・短時間必要な理由： |
| 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：　　　　　　　　　　　　　　　　　）（長時間訪問の必要性　　　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）１服薬確認２水分及び食物摂取の状況３精神症状（観察が必要な事項：　　　　　　　　　　　　　　　 ）４身体症状（観察が必要な事項：　　　　　　　　　　　　　　　 ）５その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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。

令和　　　年　　　月　　　日

医療機関名

電話

（ＦＡＸ）

医師氏名　　　　　　　　　　　　　印

訪問看護事業型指定通院医療機関 　　　　　　　　　　　殿

（訪問看護ステーション）