（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　　　　　　　　　　　年　　月　　日  （　　　　歳） | |
| 対象者住所 | | 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：   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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 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。

　　　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（　　　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日）

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者氏名 | 生年月日　　　　　　　　　　　　　　　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：１．暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等認められる者  　　　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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  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。

　　　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）