

(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	電話番号 (      )      -      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
	日常生活自立度	認知症の状況 ( I      II a      II b      III a      III b      IV      M )
医療観察精神科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 社会資源活用への支援 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)