

(別紙様式3)

医療観察精神科訪問看護指示書

対象者氏名		指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)					
		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 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							
<ol style="list-style-type: none">生活リズムの確立家事能力、社会技能等の獲得対人関係の改善（家族含む）社会資源活用の支援薬物療法継続への援助身体合併症の発作・悪化の防止その他							
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
(訪問看護ステーション)

殿