

(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  
(訪問看護ステーション)

殿