精神科訪問看護指示書

指示期間(年月日~年月日)

							1日小	期间(中	. д г ~	— 中 月 ——	н)
患者氏名				生年月	日			年	月日 (歳)
患者住所) -	_	施設	2名					
主たる傷病名			電話 (•	(2)	•		(3)			
傷病名コード											
	病状•治療状況				1			1			
	投与中の薬剤 の用量・用法										
	病名告知		あり ・ なし								
現在の状況	治療の受け入れ										
	複数名	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	生活自立度	認知症の状況	(I	Πa	Пb	Ша	Шb	IV	M)	
1 2 3 4 5 6	生家村社藥物	護に関する留意事項及び ズムの確立 も力、社会技能等の獲得 場係の改善(家族含む) 資源活用の支援 療法継続への援助 合併症の発症・悪化の防止									
	寺の連										
	寺の対	応法 青報交換の手段									
		留意事項									
上記のとおり、指定訪問看護の実施を指			指示いたします。	自	話 FAX)				年	月	
事	業所	訪問看護ステーション あら	らぎ	<u> </u>	医師氏名					印	
下舞 和輝				殿							