

( 別紙様式 3 )

## 医療観察精神科特別訪問看護指示書

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 ( ) -		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		
	複数回訪問の必要性	<u>あり</u> ・ <u>なし</u>		
	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

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      明・大・昭・平・令      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：      ) (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。

令和      年      月      日

医療機関名  
電話  
( F A X )  
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)