

精神訪問看護指示書 作成依頼書

事業所名：
電話：
FAX：



碧南市民病院 患者サポート室
電話：0566-48-5050
FAX：0566-46-3774(直通)

新規 継続 変更

外来 入院中

患者名： 生年月日： (ID：)

診療科： **精神科** 医師名：

【指示開始： / 】

現在の状況	治療の受け入れ	
	複数名訪問の必要性	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
		理由
		<input type="checkbox"/> 1. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損等が認められる
		<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 3. 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者	
	<input type="checkbox"/> 4. その他 ()	
	短時間訪問の必要性	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
	複数回訪問の必要性	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
	日常生活自立度	認知症の状況 ()

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. 身体合併症の発症・悪化の防止 【 】
- 7. その他 【 】

その他 記載してほしい内容や連絡事項があれば記載してください

碧南市民病院記載用 担当者()

汎用入力 リスト入力 会計提出