

## 精神科訪問看護指示書

指示期間 (平成 年 月 日～ 年 月 日)

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	
患者住所	電話	施設名
主たる傷病名	(1)	(2) (3)
現在の状況	病状・治療状況	
	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 )
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		
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、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名:

住 所:

電 話:

( F A X ) :

医師氏名 :

印

# 訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間(平成 年 月 日 ~ 年 月 日)  
点滴注射指示期間(平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	
患者住所	電話	
主たる傷病名	(1)	(2) (3)
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状態	
	投与中の薬剤の用量・用法	1. 2. 3. 4. 5. 6.
	日常生活自立度	寝たきり度 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症の状況 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
	要介護認定の状況	要支援 ( 1 2 ) 要介護 ( 1 2 3 4 5 )
	褥瘡の深さ	DESIGN分類 D3 D4 D5 NPUAP分類 III度 IV度
	装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 ( l/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻: サイズ、日に1回交換) 8. 留置カテーテル (部位: サイズ、日に1回交換) 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式: 設定) 10. 気管カニューレ (サイズ) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 ( )
留意事項及び指示事項 I 療養生活指導上の留意事項		
II 1. リハビリテーション 2. 褥瘡の処置等 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 4. その他		
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)		
緊急時の連絡先 不在時の対応法		
特記すべき留意事項 (注: 薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)		
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有: 指定訪問看護ステーション名 ) たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (無 有: 訪問介護事業所名 )		

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名:  
住 所:  
電 話:  
(FAX) :  
医師氏名 :

印

## 特別訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

点滴注射指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
病状・主訴：  一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：	
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下さい。)	
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。

平成 年 月 日

医療機関名：  
電 話：  
(FAX)：  
医師氏名：

印

殿

## 精神科特別訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)  
点滴注射指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
------	----------------------------

病状・主訴：          一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：
--

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下さい。) (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： ) (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。

平成 年 月 日

医療機関名：  
電 話：  
( F A X )：  
医師氏名：

印

殿