

精神訪問看護指示書（基本療養費Ⅱ）

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						
現在の状況	病状・治療状況					
	投与中の薬剤の用量・用法					
	病識					
	日常生活自立度	認知症の状況(I IIa IIb IIIa IIIb IV M)				
治療の目標						
<p>精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 生活習慣、生活リズムの確立 2 生活技術、家事能力、社会技能の獲得 3 対人関係の改善 4 社会資源活用の支援 5 その他 						
緊急時の連絡先 不在時の対応法						
特記すべき留意事項						

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

住所

電話

(FAX)

医師氏名

印

指定訪問看護ステーション

殿