

精神科訪問看護指示書

最大指示期間は6か月。

指示期間 (令和7 年 5 月 22 日 ~ 令和7 年 11 月 21 日)

患者氏名			生年月日	1940 年 9 月 1 日	
患者住所	傷病名は精神疾患を記入。 ※認知症のみでの記載では介護保険が優先されるため要注意！ (精神科在宅患者支援管理料を算定している医療機関は除く。)		施設名	グループホーム入所中の方は施設名を、 住所は患者の現住居を記入。	
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)		
症病名コード					
現在の状況 (該当)	病状・治療状況				
	投与中の薬剤 の用量・用法	なしの場合は対応時の注意点がある際は下記「特記すべき留意事項」へ記入。			
	病名告知	あり ・ なし			
	治療の受け入れ				
	複数名訪問の必要性①	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②	あり ・ なし				
複数回訪問の必要性*1	あり ・ なし				
日常生活自立度	認知症の状況 (I II a II b III a III b IV M)				
精神科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 社会資源活用への支援 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					
←あてはまる項目に○、細かい指示を空きスペースに記入。 例) 対応時の注意点・頓服指導の注意点・留置物管理が必要な場合の指示・訪問回数等の指示(状況に応じて変更可等)・保清に関する指示・病状悪化に係る運動の指示・通所等の促しへの指示・ご家族支援に向けた指示・交通機関を使用した外出訓練(ご自身で通院できるように支援等を)					
緊急時の連絡先					
不在時の対応 必記。また、曜日や時間が限られている場合はその旨も記入。					
主治医との情報交換の手段					
特記すべき留意事項					
日付は指示開始日またはそれ以前の日付で記入					

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

年 月 日

医療機関名

住所

電話番号

(FAX.)

医師氏名

事業所 訪問看護ステーション

殿

印

*1：複数回訪問の必要性の欄は主治医が一日の中で2回～3回訪問看護が必要と判断した場合に指示が出せます。ただし、訪問看護側が届け出をおこなっていることと精神科在宅支援管理料1または2を算定している医療機関と連携している必要があるため要注意です。

精神科訪問看護指示書を記載の患者様で内科的な疾患があり、要介護認定が下りた方は訪問内容に沿って介護保険での訪問看護に切り替える必要があるかをご検討お願いいたします。切り替えが必要か訪問看護から問い合わせがあった際にもご検討いただくと助かります。