**別紙様式4**

**精神科訪問看護報告書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 生年月日 | 　　年　　　月　　　日（　　　）歳 |
| 要介護認定の状況 | 自立　　要支援（ 1 2　）　 要介護（　1　　2　　3　　4　　5　） |
| 住　所 |  |  |
| 訪問日 | 令和　　年　　月 | 令和　　年　　月 |
| 　1　 2　 3　 4　 5　 6 　7 | 　1　 2　 3　 4　 5　 6 　7 |
| 　8 　9　10　11 12 13 14 | 　8 　9　10　11 12 13 14 |
|  15 16 17 18 19 20 21 | 15 16 17 18 19 20 21 |
|  22 23 24 25 26 27 28 | 22 23 24 25 26 27 28 |
|  29 30 31 | 29 30 31 |
|  |  |
| 訪問日を○で囲むこと。精神科特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を実施した日は△で囲むこと。1日に2回以上訪問した日は◎で、長時間精神科訪問看護加算を算定した日を□で囲むこと。30分未満の訪問看護を実施した日は✔印をつけること。なお、右表は訪問日が2月にわたる場合使用すること。 |
| 病状の経過 |  |
| 看護の内容 |  |
| 家族等との関係 |  |
| 衛生材料等の使用量および使用状況 | 衛生材料等の名称：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）使用及び交換頻度：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）使用量：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 衛生材料等の種類・量の変更 | 衛生材料等（種類・サイズ・必要量等）の変更の必要性： 有 ・ 無変更内容 |
| 情報提供 | 訪問看護情報提供療養費に係る情報提供先：（　　　　　　　　　　　　）情報提供日：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 特記すべき事項（頻回に訪問看護が必要な場合を含む） |

上記のとおり、指定訪問看護の実施について報告いたします。

令和　　　年　　月　　日

事業所名

管理者氏名　　　　　　　　　　 　印