

認定看護師同行訪問看護依頼書

町田市民病院
地域連携室

F A X : 042-722-0572

訪問看護 ステーション	名称									
	依頼者									
	連絡先	TEL				FAX				
		e-mail								
在宅医師氏名	(医療機関名)									
意思確認	<input type="checkbox"/> 患者本人とご家族が認定看護師の訪問を了承している <input type="checkbox"/> 主治医の了解は得られている									
患者背景	ふりがな				生年月日	西暦	年	月	日生	
	氏名					(才)				
	病名				性別	男 ・ 女				
	住所									
	最寄駅	線			駅		徒歩 ・ バス		分	
	介護保険の有無		無 ・ 有 (要支援 1・2、要介護 1・2・3・4・5)							
	当院の受診歴の有無		無 ・ 有							
依頼内容	がん化学療法	<input type="checkbox"/> がん化学療法における副作用対策								
	がん性疼痛	<input type="checkbox"/> がんの痛みの緩和と日常生活指導								
		<input type="checkbox"/> 鎮痛薬の副作用対策 <input type="checkbox"/> 在宅での疼痛緩和技術								
	緩和ケア	<input type="checkbox"/> 疼痛、呼吸困難、全身倦怠感、浮腫などの苦痛症状の緩和 <input type="checkbox"/> 家族の喪失感と悲嘆のケア								
	皮膚・排泄ケア	<input type="checkbox"/> 真皮を超える褥瘡のある方へのケア <input type="checkbox"/> 褥瘡悪化や再発予防のための生活上の留意点 <input type="checkbox"/> 局所治療の方法 (創部を確認後、在宅主治医に指示を確認) <input type="checkbox"/> ストーマケア (人工肛門・人工膀胱の管理が困難な方へのケア)								
その他	<input type="checkbox"/> その他 (具体的な内容 :)									
希望日時	①				月	日	()	時	分頃	
	②				月	日	()	時	分頃	
保険	保険者番号				記号			番号		
	被保険者氏名				区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族				
	公費負担者番号				自己負担割合					
	公費受給者番号				<input type="checkbox"/> 0割 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割					