

認定看護師同行訪問看護 依頼書

〒437-1619 御前崎市池新田 2060

市立御前崎総合病院 地域連携室

TEL : 0537-86-8852

FAX : 0537-86-8853

依頼施設	施設名				
	依頼者				
	連絡先	TEL		FAX	
患者背景	ふりがな			<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	
	氏名			生年月日	年 月 日 歳
	病名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所				
	駐車スペース	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	介護保険の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
	担当医師			医療機関名	
	意思確認	<input type="checkbox"/> 主治医の了解は得られている <input type="checkbox"/> 患者本人とご家族が同行訪問を了承している			
	依頼目的	<input type="checkbox"/> がん性疼痛看護認定看護師 <input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア認定看護師			
依頼内容	がん性疼痛	<input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 鎮痛薬の副作用対策 <input type="checkbox"/> 疼痛以外の症状コントロール <input type="checkbox"/> 本人・家族への精神的サポート <input type="checkbox"/> 非薬物療法 (緩和技術) <input type="checkbox"/> その他			
	皮膚・排泄ケア	<input type="checkbox"/> 褥瘡の局所ケア <input type="checkbox"/> 褥瘡に関するアセスメント <input type="checkbox"/> ポジショニングや体圧分散寝具・用具の検討 <input type="checkbox"/> ストーマ皮膚障害のケア <input type="checkbox"/> ストーマ装具の排泄物の漏れ対策 <input type="checkbox"/> 日常生活に関すること <input type="checkbox"/> その他			
具体的内容					
希望日時	①	月	日 ()	時	分頃
	②	月	日 ()	時	分頃