

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	(明・大・昭・平)	
	氏名			年 月 日	生 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		