

認定看護師同行訪問看護 依頼書

依頼施設	施設名				
	依頼者				
	連絡先	TEL		FAX	
患者背景	ふりがな			生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平
	氏名				年 月 日 歳
	病名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所				
	駐輪スペース	<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 訪問看護指示書記入医師			
依頼目的	<input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア認定看護師				
	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				

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	

公立学校共済組合関東中央病院 地域医療連絡室
 〒156-8531 世田谷区上用賀6-25-1
 専用電話 専用FAX:03-3429-1702