

# 認定看護師同行訪問看護依頼書

宛先 公立能登総合病院 地域医療支援センター

FAX : 0767-52-8772

依頼元 施設	事業所名				
	担当看護師名				
	連絡先	TEL		FAX	
患者情報	フリガナ			生年月日	年 月 日 歳
	氏名				
	TEL			性別	男 ・ 女
	住所	( km)			
	病名				
	介護保険	無 ・ 有 ( 要支援 1・2、 要介護 1・2・3・4・5 )			
	当院の受診歴	無 ・ 有⇒診察券番号 ( )			

依頼内容	支持療法 緩和ケア	<input type="checkbox"/> がん化学療法における副作用対策 <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"/> PCA の管理 <input type="checkbox"/> 呼吸困難、全身倦怠感、浮腫などの症状緩和 困っていること
	褥瘡ケア	部位 DESIGN-R 現在の処置内容 困っていること
	ストーマケア	ストーマの大きさ：縦 mm×横 mm×高さ mm 使用装具 腹壁の状態： <input type="checkbox"/> 平坦 <input type="checkbox"/> 陥凹 <input type="checkbox"/> 膨隆 皮膚状態： <input type="checkbox"/> 糜爛 <input type="checkbox"/> 水疱 <input type="checkbox"/> 潰瘍 困っていること
希望日時	年 月 日 ( ) 開始時間 時	

医療保険	保険者番号		記号		番号	
	被保険者番号氏名		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