

認定看護師による同行訪問看護依頼書

蒼生病院地域医療連携室

FAX 072-885-1750

依頼施設	事業所名			
	TEL		FAX	
	担当看護師			

患者背景	ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
	氏名						
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大	<input type="checkbox"/> 昭	<input type="checkbox"/> 平	<input type="checkbox"/> 令		
		年	月	日	歳		
	病名						
	住所	〒					
	TEL						
	かかりつけ医						
	意思確認	<input type="checkbox"/> 主治医の了解は得られている		<input type="checkbox"/> 患者本人と家族が同行訪問を了承している			
蒼生病院受診歴	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無				
訪問日			曜日	時～			

依頼内容	皮膚・排泄ケア	<input type="checkbox"/> 真皮を越える褥瘡のケア <input type="checkbox"/> 褥瘡悪化や再発予防のためのケア <input type="checkbox"/> ストーマ（人工肛門・人工膀胱）ケア				
	緩和ケア	<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"/> 呼吸困難・全身倦怠感などの苦痛症状緩和 <input type="checkbox"/> 不安・悲嘆へのケア <input type="checkbox"/> 家族の喪失感と悲嘆へのケア <input type="checkbox"/> 意思決定支援				
	具体的内容					

希望日時	第1希望	月	日	()	時	分	頃
	第2希望	月	日	()	時	分	頃