

認定看護師同行訪問看護依頼書

FAX 送信および問い合わせ先

FAX : 06-6326-6363 TEL : 06-6326-1190 (直通)

医誠会病院 地域医療連携室

施設名		電話	
住所		FAX	
依頼者			

依頼領域 (○を付けて下さい)		褥瘡	人工肛門	人工膀胱	
患者情報	ふりがな	-----	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 歳	
	氏名		性別	男 ・ 女	
	主な病名				
	住所				
	電話		駐車スペース	なし ・ あり	
	在宅医		医療機関名		
	在宅医の了解の有無	なし ・ あり			
	介護保険の有無	なし ・ あり (支援 1 2 介護 1 2 3 4 5)			
	当院受診歴	なし ・ あり	診察券番号		
	褥瘡発生部位	脊柱部 仙骨部 坐骨部 大転子部 踵部 外果部 その他 :			
	DESIGN-R または NPUAP 分類評価				
	褥瘡の処置方法				
	体圧分散寝具	使用していない ・ 使用している (寝具名称)			
	現在の使用装具	装具名 : アクセサリ類 : なし あり ()			
	ストーマ・腹壁の状況	ストーマ : 縦 mm×横 mm×高さ mm 皮膚障害 : なし あり () 腹壁 : 平坦 陥凹 傍ヘルニア ストーマ脱出 : なし ・ あり			
依頼内容					
訪問希望日時①	月 日 ()	午前 ・ 午後	時 分頃		
訪問希望日時②	月 日 ()	午前 ・ 午後	時 分頃		
保険情報	保険者番号		記号	番号	
	被保険者氏名		区分	本人 自己負担割合 0割 1割 2割 3割	
	公費負担者番号		公費受給者番号		