

認定看護師同行訪問看護 依頼書

宛先:岡崎市民病院 地域医療連携室 FAX(0564)66-7499

依頼施設	事業者名		事業所住所	
	担当看護師名		電話番号	
	連絡可能な時間帯		FAX	

患者情報	フリガナ		生年月日	
	氏名		性別	
	住所			
	電話番号		駐車スペース	無 ・ 有
	かかりつけ医療機関名		担当医師名	
	主たる病名			
	介護保険の有無	無 ・ 有 (要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		
	当院のID			

依頼内容	相談目的	<input type="checkbox"/> ストーマケア <input type="checkbox"/> 褥瘡ケア		
	相談内容			
	事前確認情報			
	ストーマケア	ストーマの種類: 消化管(小腸・大腸)、尿路(回腸導管・尿管皮膚瘻)		
		ストーマサイズ: 縦 × 横 × 高 cm		
		使用装具とアクセサリ:		
	褥瘡ケア	DESIGN評価: D/d -E/e S/s I/i G/g N/N P/p : 点		
使用している薬剤やドレッシング材:				
体圧分散に使用している物品:				

※依頼は訪問看護師からお願いします。

※対象は、在宅訪問看護・指導料3の算定可能な患者に限ります。

※継続で介入が必要な場合、医療保険の確認のため毎月訪問時に保険証などのコピーの提出をお願いします。

岡崎市民病院 地域医療連携室

電話番号(0564)66-7411