

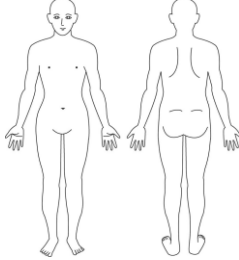
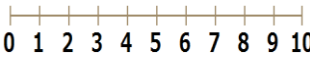
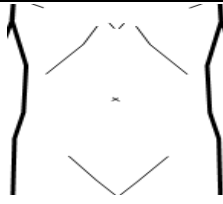
専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師同行訪問看護 依頼書

広島赤十字・原爆病院 総合相談支援センター・がん相談支援センター 行き
〒730-8619 広島市中区千田町1丁目9-6 FAX送信先 082-241-3161

電話 082-241-3111(代表)

依頼施設	訪問看護ステーション名		訪問看護ステーション住所	
	担当訪問看護師		訪問看護ステーション電話番号	
	連絡可能な時間帯			
	訪問希望日時①	月	日()	時 分頃
	訪問希望日時②	月	日()	時 分頃

患者背景	ふりがな		生年月日	(明・大・昭・平・令)
	氏名			年 月 日(歳)
	住所		性別	男 ・ 女
	電話番号		介護保険の有無	無・有(要支援1・2 要介護1・2・3・4・5)
	当院ID		かかりつけ医療機関名・かかりつけ医	

依頼内容	希望目的	緩和ケア・褥瘡ケア・ストーマケア			
	病名				
	相談内容				
	事前確認情報				
	緩和ケア	痛みの部位	右記の図の該当箇所に○		
		痛みの程度 剤使用前後での変化 (使用前: × 使用後: ○)	薬		
		痛みの性質	<input type="checkbox"/> 重い痛み <input type="checkbox"/> うずく痛み <input type="checkbox"/> 鋭く刺す痛み <input type="checkbox"/> びりびりした電気が走る痛み <input type="checkbox"/> 焼けるような痛み <input type="checkbox"/> 持続的な痛み <input type="checkbox"/> 間欠的な痛み <input type="checkbox"/> その他()		
		鎮痛に用いる薬剤			
	褥瘡ケア	現在の局所に使用している薬剤やドレッシング			
		DESIGN-R評価	D/d: — E/e: S/s: I/I: G/g: N/n: P/p: 点		
全身状態		発熱: 有 ・ 無 膀胱留置カテーテル: 有 ・ 無 オムツの使用: 有 ・ 無			
マットレスとポジショニングクッションの種類		マットレス名:	食事内容・摂取状況:		
ストーマケア	ストーマのタイプ	小腸 大腸 回腸導管 尿管皮膚瘻 腎瘻			
	ストーマサイズ:横×縦×高さ	× × cm			
	使用器具とアクセサリ				
	交換頻度	日ごと			
	ストーマ器具購入の代理店 トラブルの状態	右記に図示ください			

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	<input type="checkbox"/> 0割 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		
	公費受給者番号					