

## 認定看護師同行訪問看護 依頼書

宛先 公財)日本生命済生会日本生命病院 あったかサポートセンター FAX:06-644-33-585

依頼元 施設	事業所名				
	担当看護師名				
	連絡先	TEL		FAX	

患者背景	ふりがな		生年月日	年	月	日	歳
	氏名		性別	女・男			
	病名						
	住所						
	最寄り駅	線	駅	徒歩・バス		分	
	介護保険利用の有無	無・有 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)					
	当院の受診歴の有無	無・有					

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			