

# 訪問看護（看護・リハビリテーション） 依頼票

( 年 月 日 依頼)

居宅介護支援事業所名



担当者

電話

電話/FAX

/

FAX

利用者氏名：

生年月日：M. T. S. H. R 年 月 日 ( 歳) 男・女

住所：

TEL：

キーパーソン氏名： 続柄 ( )

TEL：

## 保険情報

公費受給：  生保  難病医療  障自  その他

介護保険：  認定済 (介護度：支 1 2 3 4 5 )

申請中  未申請 (必要性： 無 有 )

病院名：

TEL： 主治医：

在宅主治医：

## I. 主な傷病名

## III. 依頼内容 (職種： 看護師 PT・OT ST)

A：体調管理

状態観察  疾病教育・指導  服薬管理・指導

B：医療処置

人工呼吸器  気管カニューレ  吸引  酸素

注射  点滴  疼痛管理  IVH  輸液ポンプ

経管栄養  パルカテーテル  腎ろう・尿管皮膚ろう

自己導尿  スタマ  褥瘡  創傷処置

その他 ( )

C：生活援助

清潔ケア (清拭・入浴)  食事介助

排便コントロール  移乗介助

D：リハビリテーション

関節可動域訓練  筋力増強訓練  動作・歩行訓練

呼吸訓練  言語訓練  嚥下訓練  環境調整

その他 ( )

E：その他

家族支援  精神的援助

その他 ( )

## II. 病状の経過

## IV. その他

退院予定日 ( 年 月 日 )

退院前訪問の必要性  無  有