

# 訪問看護依頼票

( 年 月 日 依頼)

居宅介護支援事業所名



担当者

電話

電話/FAX /

FAX

|                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>利用者氏名：</b></p> <p>生年月日：M. T. S. H 年 月 日 ( 歳) 男・女</p> <p>住所：</p> <p>TEL：</p> <p>キ-パ-ソ-ク氏名： 続柄 ( )</p> <p>TEL：</p> | <p><b>保険情報</b></p> <p>公費受給：<input type="checkbox"/>生保 <input type="checkbox"/>難病医療 <input type="checkbox"/>障自 <input type="checkbox"/>その他</p> <p>介護保険：<input type="checkbox"/>認定済(介護度：支 1 2 3 4 5 )</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>申請中 <input type="checkbox"/>未申請(必要性：無 有 )</p> <hr/> <p>病院名：</p> <p>TEL： 主治医：</p> <p>在宅主治医：</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p><b>I. 主な傷病名</b></p>                                                                                                 | <p><b>III. 依頼内容</b></p> <p>A：体調管理</p> <p><input type="checkbox"/>状態観察 <input type="checkbox"/>疾病教育・指導 <input type="checkbox"/>服薬管理・指導</p> <p>B：医療処置</p> <p><input type="checkbox"/>人工呼吸器 <input type="checkbox"/>気管カニューレ <input type="checkbox"/>吸引 <input type="checkbox"/>酸素</p> <p><input type="checkbox"/>注射 <input type="checkbox"/>点滴 <input type="checkbox"/>疼痛管理 <input type="checkbox"/>IVH <input type="checkbox"/>輸液ホ-ソフ</p> <p><input type="checkbox"/>経管栄養 <input type="checkbox"/>バルカテル <input type="checkbox"/>腎ろう・尿管皮膚ろう</p> <p><input type="checkbox"/>自己導尿 <input type="checkbox"/>ストマ <input type="checkbox"/>褥瘡 <input type="checkbox"/>創傷処置</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ( )</p> <p>C：生活援助</p> <p><input type="checkbox"/>清潔ケア(清拭・入浴) <input type="checkbox"/>食事介助</p> <p><input type="checkbox"/>排便コントロール <input type="checkbox"/>リハビリ-ソ-ク <input type="checkbox"/>移乗介助</p> <p>D：その他</p> <p><input type="checkbox"/>家族支援 <input type="checkbox"/>精神的援助</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ( )</p> |
| <p><b>II. 病状の経過</b></p>                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p><b>IV. その他</b></p>                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>退院予定日 ( 年 月 日 )</p> <p>退院前訪問の必要性 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p>                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |