

# 訪問看護依頼票

( 年 月 日 依頼 )

依頼施設名



依頼者名 (所属 )

電話

電話/FAX /

FAX

## 利用者氏名：

生年月日：M. T. S. H 年 月 日 ( 歳 ) 男・女

住所：

TEL：

キ-パ-ソ氏名： 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 )

在宅主治医：

居宅介護支援事業所名：

TEL： 担当者：

## I. 主な傷病名

## III. 依頼内容

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 輸液ホソフ

経管栄養 バルカテル 腎ろう・尿管皮膚ろう

自己導尿 ストマ 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 リハビリテーション 移乗介助

D：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