

# 訪問看護（看護・リハビリテーション） 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 \_\_\_\_\_

<p><b>利用者氏名：</b></p> <p>生年月日：M. T. S. H. R 年 月 日（ 歳） 男・女</p> <p>住所：</p> <p>TEL：</p> <p>キハツ氏名： _____ 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>在宅主治医：</p> <p>居宅介護支援事業所名：</p> <p>TEL： _____ 担当者： _____</p>
<p><b>I. 主な傷病名</b></p>	<p><b>III. 依頼内容（職種： <input type="checkbox"/>看護師 <input type="checkbox"/>PT・OT <input type="checkbox"/>ST）</b></p> <p>A：体調管理</p> <p style="text-align: right;"><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 style="text-align: right;"><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 style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>注射 <input type="checkbox"/>点滴 <input type="checkbox"/>疼痛管理 <input type="checkbox"/>IVH <input type="checkbox"/>輸液ポンプ</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>経管栄養 <input type="checkbox"/>バルカテーテル <input type="checkbox"/>腎ろう・尿管皮膚ろう</p> <p style="text-align: right;"><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 style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>その他（ _____ ）</p> <p>C：生活援助</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>清潔ケア（清拭・入浴） <input type="checkbox"/>食事介助</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>排便コントロール <input type="checkbox"/>移乗介助</p> <p>D：リハビリテーション</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>関節可動域訓練 <input type="checkbox"/>筋力増強訓練 <input type="checkbox"/>動作・歩行訓練</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>呼吸訓練 <input type="checkbox"/>言語訓練 <input type="checkbox"/>嚥下訓練 <input type="checkbox"/>環境調整</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>その他（ _____ ）</p> <p>E：その他</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>家族支援 <input type="checkbox"/>精神的援助</p> <p style="text-align: right;"><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>	