

つぐみナースケアステーション 訪問看護依頼書



事業所名: _____
 TEL: _____
 FAX: _____
 ご担当者様: _____

ふりがな			明治・大正 昭和・平成 令和	年	月	日 (歳)	男・女
氏名							
住所							
電話番号 (自宅)				(携帯電話)			
キーパーソン:	続柄 ()			緊急連絡先:			
同居者の有無: あり・独居・日中独居				介護度	要支援 1 ・ 2		
生活保護の有無: あり・なし					要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
適用保険種類: 介護 ・ 医療				特定医療費受給者証: あり ・ なし			
主たる病名、現在の状態							
希望される 看護	①病状の観察 【 】			⑤療養相談・介護相談 【 】			
	②清拭・入浴など清潔援助 【 】			⑥薬の管理 【 】			
③床ずれ・キズの処置 【 】			⑦排泄に関する援助 【 】				
④カテーテル等医療機器の管理 【 】			⑧ターミナルケア 【 】				
(具体的に:			⑨食事に関する援助 【 】				
医療 機関名				担当科:		担当医:	
住所	〒 -			TEL:			
				FAX:			
希望日 (複数選 択可)	午前	月・火・水・木・金(時間:)				希望介入回数 週()回	
	午後	月・火・水・木・金(時間:)				希望介入回数 週()回	
<input type="checkbox"/> 担当学会議開催日程() <input type="checkbox"/> 退院前カンファレンス日程() <input type="checkbox"/> 特別管理加算 : (あり I ・ II ・なし) <input type="checkbox"/> 訪問看護指示書: (あり ・ なし) <input type="checkbox"/> 退院後主治医変更予定: (あり ・ なし)							
備考欄(具体的な看護の内容・ご希望など)							