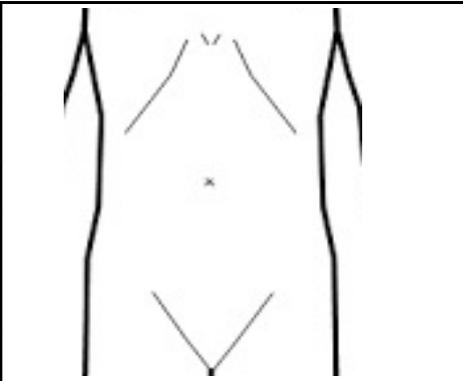


皮膚・排泄ケア認定看護師による同行訪問 依頼書

【様式2】

依頼事業所	ステーション名		住所	
	担当訪問看護師		TEL	
	訪問希望日時 ①	月 日 ( )	時 分 頃	
	訪問希望日時 ②	月 日 ( )	時 分 頃	

利用者様背景	ふりがな		<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	
	氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
	住所		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	電話番号		介護保険の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	かかりつけ医		要支援	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
			要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

依頼内容	依頼目的	<input type="checkbox"/> 褥瘡ケア <input type="checkbox"/> ストーマケア		
	病名			
	相談内容			
	事前必要情報			
	褥瘡ケア	褥瘡部位		
		DESIGN-R スコア	d/D: - e/E: s/S: i/I: g/G: n/N: p/P	
		全身状態	発熱 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	尿道留置カテーテル <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			オムツ使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		使用マットレスの種類	マットレス名:	
	ストーマケア	現在局所に使用している 薬剤・創傷被覆材		
ストーマの種類				
ストーマサイズ		縦 × 横 × 高さ (mm)		
使用器具とアクセサリ				
交換頻度				
トラブルの状態		右図に記入してください		
装具購入代理店				

保険	保険者番号		記号	番号:
	被保険者番号		区分:	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
	公費負担者番号		自己負担割合	
	公費受給者番号		<input type="checkbox"/> 0割 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	

連絡先: 訪問看護ステーション 看護の力

TEL: 079-280-2268

FAX: 079-280-2267