専門・認定看護師　同行訪問　依頼票（緩和ケア用）

|  |
| --- |
| 希望の専門看護師・認定看護師[ ] 緩和ケア認定看護師　　[ ] がん化学療法看護認定看護師　　[ ] 乳がん看護認定看護師　[ ] がん看護専門看護師 |
| 依頼施設 |
| 訪問看護ステーション名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 連絡先 | [ ]  TEL：　　　　　　　　　　　　　（可能な時間帯　　　　　　　　　　　　　）[ ]  FAX： |
| 担当訪問看護師 |  |
| 同行訪問希望日時 | ① | ② |
| 利用者情報 |
| フリガナ |  | [ ] 男性　　[ ] 女性 |
| 氏名 |  | 年齢　　　　　　　　　歳 |
| 生年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 訪問先住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 病名 |  |
| 全身状態 |  |
| 訪問にあたっての注意事項 |
| 姫路赤十字病院受診歴 | [ ] なし 　[ ] あり | 姫路赤十字病院ID |  |
| 主治医情報（訪問看護指示書を発行している医師） |
| 医療機関名 |  | 医師名 |  |
| 住所 | 〒 |
| TEL |  | FAX |  |
| 被保険者証情報（訪問時に準備していただくようお願いします） |
| 保険者番号 |  | 記号：　　　　　　　　　　番号： |
| 被保険者番号 |  | 区分：　　[ ] 本人　　　　[ ] 家族 |
| 公費負担者番号 |  | 自己負担割合　[ ] なし　[ ]  1割　[ ]  2割　[ ]  3割 |
| 公費受給者番号 |  |  |

連絡先：姫路赤十字病院　　　〒670-8540　姫路市下手野1-12-1

　　　　　　TEL：079-294-2251（代）　FAX：079-299-5519（地域医療連携室）

|  |
| --- |
| 依頼内容 |
| 【相談内容】 |
| 【痛みの程度】　痛みの程度をチェックしてください耐え難い強い痛み痛みなし |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |
| 【痛みの性質】[ ] ずーんと重い痛み[ ] ずきっとした差し込むような痛み[ ] ピリピリした痛み[ ] その他【痛みの部位】以下の図に印をつけてください【使用している鎮痛剤】【使用している抗がん剤】【 | 【身体的苦痛】[ ] 痛み[ ] 吐き気嘔吐[ ] 倦怠感[ ] その他【精神的苦痛】[ ] 精神疾患の既往あり[ ] 不眠[ ] 不安[ ] 抑うつ[ ] その他【社会的苦痛】[ ] 家族間のコミュニケーション[ ] 医療スタッフとの連携[ ] その他 |

依頼ありがとうございます。確認後連絡させていただきます。

連絡先：姫路赤十字病院　　　〒670-8540　姫路市下手野1-12-1

　　　　　　TEL：079-294-2251（代）　FAX：079-299-5519（地域医療連携室）