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）