

皮膚・排泄ケア認定看護師、特定行為研修修了看護師 同行訪問 依頼票

依頼施設			
訪問看護ステーション名			
住所	〒		
連絡先 (希望の連絡方法に チェックをいれてください)	<input type="checkbox"/> TEL:	電話連絡可能な時間帯	
	<input type="checkbox"/> FAX:		
	<input type="checkbox"/> e-mail:		
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 <input type="checkbox"/> 女性	
氏名		年齢	歳
生年月日	年	月	日
住所	〒		
電話番号	①	②	
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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
公費負担者番号		自己負担割合	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ストーマ	
相談内容:	
ストーマの種類	<input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 小腸 <input type="checkbox"/> 回腸導管 <input type="checkbox"/> 尿管皮膚瘻 (ステント <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 腎瘻
トラブルの種類	<input type="checkbox"/> 皮膚障害 <input type="checkbox"/> ストーマ傍ヘルニア <input type="checkbox"/> ストーマ脱出
	<input type="checkbox"/> その他:
ストーマサイズ	縦            cm × 横            cm × 高さ            cm 縦            cm × 横            cm × 高さ            cm
使用している装具 アクセサリ	
交換間隔	日ごとに交換

依頼内容 <input type="checkbox"/> 創傷など	
<input type="checkbox"/> 瘻孔 <input type="checkbox"/> がん自壊創 <input type="checkbox"/> スキンテア <input type="checkbox"/> 手術創 <input type="checkbox"/> おむつによる皮膚障害 <input type="checkbox"/> フットケア <input type="checkbox"/> その他( )	
相談内容:	
部位	
滲出液	<input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 中等量 <input type="checkbox"/> 多量
易出血性	<input type="checkbox"/> 易出血性なし <input type="checkbox"/> 易出血性あり
現在の ケア方法	

ご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)