

## 認定看護師同行訪問看護 依頼書

公財)東京都保健医療公社  
大久保病院  
患者支援センター 看護相談係

FAX03-5273-7749

訪問看護 ステーション	名称					
	依頼者					
	連絡先	TEL		FAX		
在宅医師氏名	医療機関名					
意思確認	<input type="checkbox"/> 患者本人とご家族が認定看護師の訪問を了承している <input type="checkbox"/> 主治医の了解は得られている					
患者背景	ふりがな		生年月日	(明・大・昭・平)		
	氏名			年	月	日生
	病名		性別	男 ・ 女		
	住所					
	最寄駅	線	駅	徒歩・バス	分	
	介護保険の有無	無 ・ 有 (要支援 1・2、要介護1・2・3・4・5)				
	当院の受診歴の有無	無 ・ 有				
依頼内容	がん化学療法	<input type="checkbox"/> がん化学療法における副作用対策				
	がん性疼痛	<input type="checkbox"/> がんの痛みの緩和と日常生活指導				
		<input type="checkbox"/> 鎮痛薬の副作用対策 <input type="checkbox"/> 在宅での疼痛緩和技術				
	緩和ケア	<input type="checkbox"/> 疼痛、呼吸困難、全身倦怠感、浮腫などの苦痛症状の緩和を知りたい <input type="checkbox"/> 家族の喪失感と悲嘆のケア				
	皮膚・排泄ケア	<input type="checkbox"/> 真皮を超える褥瘡のある方へのケア				
<input type="checkbox"/> 褥瘡悪化や再発予防のための生活上の留意点 <input type="checkbox"/> 局所治療の方法(創部を確認後、在宅主治医に指示を確認)						
	<input type="checkbox"/> その他(具体的内容を下記に記入してください)					
希望日時	① 月 日 ( ) 時 分頃					
	② 月 日 ( ) 時 分頃					
保険	保険者番号		記号		番号	
	被保険者氏名		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"/> 0割 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割			
	公費受給者番号					