

皮膚・排泄ケア認定看護師の同行訪問依頼書 ①

ご依頼者(訪問看護ステーション)

施設名		担当看護師	
住所		電話番号	
主治医		医療機関	

利用者様情報

フリガナ		生年月日	(明・大・昭・平)
患者名			年 月 日 (歳)
住所		性別	男 ・ 女
電話番号		緊急連絡先	
病名			
主な既往歴			
主介護者氏名		続柄	同居 ・ 別居
介護力	有 ・ 無	(意欲	有 ・ 無)
当院受診歴	有 ・ 無		
特記事項			

依頼内容(該当にチェックまたは空いているところに自由記載)

<input type="checkbox"/> 局所処置方法 <input type="checkbox"/> 褥瘡創部のアセスメント <input type="checkbox"/> 褥瘡発生要因 <input type="checkbox"/> 体圧分散寝具の選択 <input type="checkbox"/> 褥瘡部周囲皮膚のスキンケア方法 <input type="checkbox"/> ポジショニング <input type="checkbox"/> 悪化予防・再発予防 <input type="checkbox"/> その他			
訪問希望日時①	月	日	時 分頃
訪問希望日時②	月	日	時 分頃
同行予定者 (予定者全員)		同行者 事業所名	