

認定看護師同行訪問看護依頼書

FAX 送信および問い合わせ先

FAX : 072-469-7931

TEL : 072-469-3111 (代表)

りんくう総合医療センター 地域医療連携室

施設名		電話	
住所		FAX	
依頼者			

依頼領域 (○を付けて下さい)	褥瘡		人工肛門		人工膀胱		
患者情報	ふりがな		生年月日	明・大・昭・平			
	氏名			年	月	日	歳
	主な病名		性別	男・女			
	住所						
	電話		駐車スペース	なし・あり			
	在宅医		医療機関名				
	在宅医の了解の有無	なし・あり					
	介護保険の有無	なし・あり(支援 1 2 介護 1 2 3 4 5)					
	当院受診歴	なし・あり		診察券番号			
	褥瘡発生部位	脊柱部 仙骨部 坐骨部 大転子部 踵部 外果部 その他:					
	DESIGN-R または NPUAP 分類評価						
	褥瘡の処置方法						
	体圧分散寝具	使用していない・使用している(寝具名称)					
	現在の使用装具	装具名: アクササリー類:なし あり()					
	ストーマ・腹壁の状況	ストーマ:縦 mm×横 mm×高さ mm 皮膚障害: なし あり() 腹壁: 平坦 陥凹 傍ヘルニア ストーマ脱出:なし・あり					
依頼内容							
訪問希望日時①	月	日()	午前・午後	時	分	頃	
訪問希望日時②	月	日()	午前・午後	時	分	頃	
保険情報	保険者番号		記号		番号		
	被保険者氏名		区分	本人 家族	自己負担 割合	0割 1割 2割 3割	
	公費負担者番号		公費受給者番号				