【様式３】 摂津医誠会病院

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：06-6319-5221（代表）　TEL：06-6319-2010（直通）**

**摂津医誠会病院　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    氏名 |  | | | 生年月日 | | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平  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：  アクセサリー類：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 | | | | | |  | | |