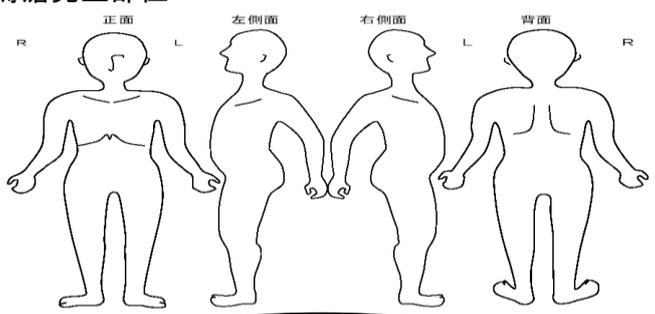


同行訪問看護 依頼連絡票(褥瘡)

| | | | | | | | | |
|-------------------------|---|-------|---|----------------------------|-----------|---------|---------|---------|
| 施設名 | | | 施設住所 | | | | | |
| 担当看護師 氏名 | | | 電話番号 | () | - | | | |
| | | | Email | | | | | |
| 病名 | | | 既往歴 | | | | | |
| 医療機関名 | | | フリガナ | | | | | |
| | | | 担当医師 氏名 | | | | | |
| フリガナ | | | 生年月日 | 日 | 性別 | 男・女 | | |
| 患者名 | | | 身長・体重 | cm | kg | 年齢 | 歳 | |
| 住所 | | | 電話番号 | ①()- | | - | | |
| | | | | ②()- | | - | | |
| 禁忌事項 | | | 駐車スペース | | 有 | 無 | | |
| 保険の種類 | | | サービスの種類と利用頻度 | | | | | |
| 要介護度 ※丸をお付けく ださい。 | 要支援(1・2) | | サービスの種類 | 利用頻度 | 利用施設(担当者) | | | |
| | 要介護(1・2・3・4・5) | | | 回/日・週・月 | () | | | |
| | 自立 | | | 回/日・週・月 | () | | | |
| | | | | 回/日・週・月 | () | | | |
| 担当ケア マネージャー | 施設名 | | 氏名 | | | | | |
| 原疾患の 経過 | | | 訪問希望日時 | <input type="checkbox"/> 第 | 曜日 | 時 | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 第 | 曜日 | 時 | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 第 | 曜日 | 時 | | |
| 褥瘡発生の 経緯 | | | 褥瘡発生部位 | | | | | |
| 褥瘡対策 | マットレスの種類: | |  | | | | | |
| 褥瘡局所 ケア方法 | | | | | | | | |
| 外用薬・被覆 剤の名称 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 局所状態 | 部位 | D: 深さ | E: 浸出液 | S: 大きさ | I: 炎症・感染 | G: 肉芽組織 | N: 壊死組織 | P: ポケット |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 依頼内容 | <input type="checkbox"/> 難治性の褥瘡ケア方法の相談 <input type="checkbox"/> 本人・家族への指導 <input type="checkbox"/> 治療薬や被覆剤についての相談 | | <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| その他 ご要望 | | | 連絡先 〒488-8585 尾張旭市平子町北61 独立行政法人労働者健康安全機構 旭ろうさい病院 TEL: 0561-54-3131 FAX: 0561-52-2426 | | | | | |

用紙に必要事項を記入の上、旭労災病院 地域連携室にFAXをお願いいたします。
後日、皮膚・排泄ケア認定看護師より、お電話でご連絡させていただきます。