

認定看護師同行訪問看護 情報用紙

依頼施設	施設名				
	依頼者				
	連絡先	TEL		FAX	
患者背景	ふりがな			生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	氏名				年 月 日 歳
	病名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所				
	駐車スペース	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	介護保険の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)		
	担当医師			医療機関名	
	意思確認	<input type="checkbox"/> 主治医の了解は得られている <input type="checkbox"/> 患者本人とご家族が同行訪問を了承している			
依頼領域	<input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア <input type="checkbox"/> がん性疼痛看護 <input type="checkbox"/> 糖尿病看護 <input type="checkbox"/> 認知症看護				
具体的内容					
希望日時	第1希望日 月 日 () 時 分 頃		第2希望日 月 日 () 時 分 頃		
病院確認欄	ID	受診科	担当医	最終受診日	入院歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	医療保険	保険(本人・家族)	割負担	その他公的サービス	