皮膚・排泄ケア認定看護師の同行訪問に関する依頼書

〒324-0036 栃木県大田原市下石上 1453
TEL：0287-29-2121（代）
FAX：0287-46-5177（入退院支援室）

依頼施設	施設名				
	依頼者				
	連絡先	TEL		FAX	
患者背景	ふりがな 氏名		生年月日	□大 □昭 □平 年 月 日 歳	
	病名		性別	□男性 □女性	
	主な既往歴				
	ご住所				
	連絡先				
	介護保険の有無	□無 ・□ 有 （要支□ □ 2 要介□ □ □ □ □ 5）			
	主治医		医療機関名		
	意思確認	□主治医の了解は得られている □ 患者様本人とご家族が同行訪問を了承している			
当院受診歴	□無 ・ □ 有		カルテＮｏ		
依頼内容	□ 褥瘡の局所ケア □ 褥瘡に関するアセスメント □ 褥瘡予防ケア（ ポジショニング・体圧分散寝具・用具の検討 ） □ 栄養管理 □ ストーマ皮膚障害のケア □ ストーマ装具の排泄物の漏れ対策 □ 日常生活に関すること □ その他				
具体的な内容					
希望日時	① 月 日（ ） 時 分頃 ② 月 日（ ） 時 分頃				