

同行訪問依頼書

年 月 日

訪問看護ステーション／主治医指示情報

施設名		担当者名	
TEL		FAX	
主治医名		指示の有無	有 ・ 無

患者情報

* 依頼元氏名記入例 横○栄○ * 受診元でフルネームを記載		当院受診歴	有 ・ 無
患者名		ID番号または生年月日	
性別	男性 女性		

希望内容

□ 褥瘡	相談内容	<input type="checkbox"/> 処置方法 <input type="checkbox"/> ポジショニング <input type="checkbox"/> その他 ()		
	褥瘡部位			
	現在の処置方法			
	体圧分散寝具			

□ ストーマ	相談内容	<input type="checkbox"/> 装具もれ <input type="checkbox"/> 皮膚障害 <input type="checkbox"/> 装具選択 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	ストーマ部位	小腸ストーマ ・ 大腸ストーマ ・ ウロストーマ			
	造設年				
	使用装具 アクセサリ				
	ストーマサイズ	たて	cm	よこ	cm
	セルフケア管理	本人・家族 (続柄:) ・ 訪問看護			

□ がん患者	相談内容	<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 意思決定 <input type="checkbox"/> 抗がん剤 <input type="checkbox"/> 緩和 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	がんの種類 ()	転移の部位 ()	病期 ()	
	治療歴 ()			
	痛みの部位 ()	痛みの程度 (/)	痛みどめの薬剤名 ()	

訪問日時

希望日時①	月	日	時	分
希望日時②	月	日	時	分

備考・知っておいてもらいたいことなど

--

連絡先

横浜栄共済病院 〒247-0005 横浜市 栄区 桂町 1 3 2 FAX (地域連携) 045 (895) 8375 FAX送信後連絡先 045 (895) 8387	TEL (代表) 045 (891) 2171
---	-------------------------