

令和 年 月 日

名張市立病院 地域連携室 宛

(FAX : 0595-61-1324)

認定看護師同行訪問看護依頼書

【依頼者】 訪問看護 ステーション	名称				
	担当者				
	連絡先	TEL		FAX	

主治医	氏名				
	医療機関				

患者	氏名				
	性別	男・女	生年月日	T・S・H・R	年 月 日
	住所	三重県名張市			
	介護認定	無・有（要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5）			
	病名				
	連絡先	患者本人・他（氏名： 患者との関係： ）			
	TEL				

依頼内容	疼痛・ 緩和ケア	<input type="checkbox"/> がんの痛みの緩和と日常生活指導 <input type="checkbox"/> 在宅での疼痛緩和技術 <input type="checkbox"/> 鎮痛薬の副作用対策 <input type="checkbox"/> 疼痛、呼吸困難、全身倦怠感、浮腫などの苦痛症状の緩和 <input type="checkbox"/> 家族の喪失感と悲嘆のケア
	褥瘡ケア	<input type="checkbox"/> 真皮を超える褥瘡のある方へのケア ※1 <input type="checkbox"/> 自壊瘡(皮膚に表出したがん)のある方へのケア ※1 <input type="checkbox"/> 褥瘡悪化や再発予防のための生活上の留意点
	人工肛門 ・膀胱ケア	<input type="checkbox"/> ストーマケア(人工肛門・膀胱の管理が困難な方へのケア) ※1

※1 瘡の写真や、現行のケア内容（処置、ストーマの種類 等）をご教示ください

希望日時	第1希望	令和 年 月 日
	第2希望	令和 年 月 日