

在宅患者訪問看護・指導 依頼連絡票

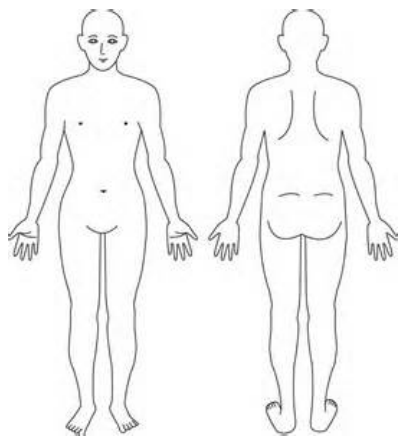
菊川市立総合病院

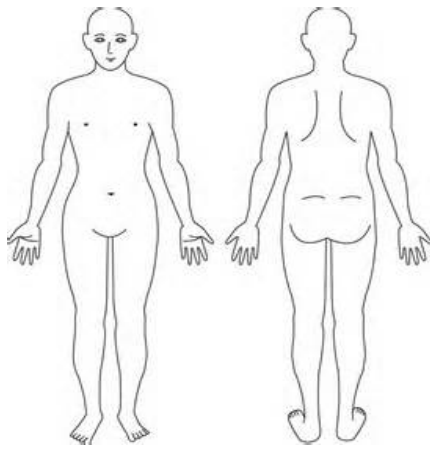
依頼日

年 月 日

訪問看護S/T名		担当Ns名	
希望訪問日時	① 月 日 () 時 分頃	TEL:	FAX:
希望訪問日時	② 月 日 () 時 分頃	保険区分	医療保険 ・ 介護保険
同意の確認	()患者さま・ご家族に説明し、認定看護師による同行訪問に同意を得ました。		

ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
患者氏名		TEL	
住所		医療機関名	【担当医師】
病名			

疼痛コントロール	痛みの部位 (→図に示す)	
	痛みの程度 (NRS)	
	痛みの性質 (患者の表現)	
	使用中の薬剤	
	副作用の有無・程度	
	問題点	

リンパ浮腫	リンパ浮腫の部位 (→図に示す)	
	発症時期 ・ 発症のきっかけ	
	浮腫の進行 (どこからむくみ始めたか)	
	現在の症状 ・ 対処方法	
	手術歴・放射線治療の有無 (→図に部位を×)	