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

月

B

| 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 | | | 个護 伢 | 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 患者氏名 | | | | | | | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | (| 歳) |
| 住 所 | | | | | | | | TEL | | | | | |
| 医療機関名 | | | | | | | | 【担当医師】 | | | | | |
| 病名 | | | | | | | | | | | | | |
| 疼痛コントロール | 痛みの種 | 涅度(Ni | →図に示す) RS) 患者の表現 | l) | | | | | | | S W | | W W |
| | 使用中6 | の薬剤 | | | | | | | and a | السا | | | |
| | 副作用の | の有無・ | 程度 | | | | | | | | | | |
| | 問題点 | | | | | | | | | | | | |
| | リンパ浮 | 浮腫の部位 (→図に示す) | | | | | | | | | | | |
| リンパ浮腫 | | | 症のきっ | | | | | | الله الله الله الله الله الله الله الله | } | | 5 | } |
| | | | ざこからむく る | | たか) | | | | {\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\ | //· | { | | |
| | | | 対処方法 治療の有 | | →図に背 | | | | | | | | |
| 連絡先列川 | | 市立総合 | 病院 地域 | 医療式 | を援課 | ∓439 | -0022 | | 直通TEL | : 05 | 37-35 | o−28 | 00 |

菊川市東横地1632

直通FAX : 0537-35-2843

連絡先