

(様式1)

在宅患者訪問看護(同行訪問看護)依頼連絡票

静岡県立静岡がんセンター

患者家族支援センター在宅転院支援室 行

FAX: 055-989-5532

依頼日 平成 年 月 日

依頼施設	施設名						
	依頼者						
	連絡先	TEL		FAX			
患者背景	フリガナ				静岡がんセンター		
	患者名				診察券番号		
	生年月日	T S H	年	月	日(才)	性別	男 女
	住所				駐車スペース	有 無	
	TEL						
	病名						
	在宅医療機関名				担当医師名		
意思確認	<input type="checkbox"/> 担当医師の了解は得られている <input type="checkbox"/> 患者本人とご家族が同行訪問看護を了承している						
依頼目的	<input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> 化学療法の副作用等のケア <input type="checkbox"/> 真皮を超える褥瘡のケア <input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱の管理・ケア						
訪問希望日時	①	月	日()	曜日	時	分頃	
	②	月	日()	曜日	時	分頃	
依頼内容	緩和ケア	<input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 鎮痛薬の副作用対策 <input type="checkbox"/> 疼痛以外の症状コントロール <input type="checkbox"/> 本人・家族への精神的サポート <input type="checkbox"/> 非薬物療法(緩和技術) <input type="checkbox"/> その他					
	化学療法	<input type="checkbox"/> 副作用対策 <input type="checkbox"/> その他					
	真皮を超える褥瘡	<input type="checkbox"/> 局所ケア方法 <input type="checkbox"/> 体圧分散方法 <input type="checkbox"/> その他					
	人工肛門・人工膀胱	<input type="checkbox"/> 近接部皮膚トラブル <input type="checkbox"/> 面板貼付部皮膚トラブル <input type="checkbox"/> 排泄物の漏れ <input type="checkbox"/> その他					
その他 特記事項							
連絡先	〒411-8777静岡県駿東郡長泉町下長窪1007 県立静岡がんセンター患者家族支援センター 在宅転院支援室 TEL 055-989-5222(代表) 内線4292 直通FAX 055-989-5532						
SCC 処理欄	担当CN		在宅支援担当者		SCC担当者	訪問日	
	備考						