

刀根山病院認定看護師訪問依頼書

記入日 20 / /

様式-1

依頼者名 (Dr. ・ Ns. ・ その他:)					
依頼者施設					
住所 〒					
TEL		FAX		E-MAIL	
依頼内容 1. 褥瘡ケア 2. 疼痛コントロール 3. 症状コントロール 4. その他()					
フリガナ					IDNo.
患者氏名					M/T/S/H / / (才)
住所					TEL
診療科			外来日	年 月 日	
主治医			往診医		
主保険	政・組・共・生・国()・労 後高・一部負担免除・特・更正・障・小				本人区分
					本人 家族
保険者番号			記号番号		
有効期限			負担割合(70歳以上のみ)		
傷病名・現病歴		発症日 年 月 日			
ADL	起座動作	立位可・座位保持・キヤンUP・寝たきり		食事	自立・半介・全介・セツティング IOC・INC・PEG
	移動動作	独歩・杖・歩行器・車椅子・ST・介助		更衣	自立・半介助・全介助
	排泄	自立・オムツ・介助・トイレ・ゴム便座・尿器		痴呆	無・軽度・中高度
	入浴	自立・介助(ST・チェア)・清拭		呼吸	O2安 労 NIPPV TPPV CPAP
患者主訴	相談者	本人・配偶者・息子・娘・嫁・婿・親・兄弟姉妹・その他			家族構成
身障手帳	級	種	CM		
障害程度	区分	支援/介護			
介護保険	未認定	申請日() 調査日()			
家族連絡先	①		②		
関係機関連絡先	①		②		