

退院後同行訪問 依頼連絡票

依頼日 年 月 日

* 患者ID、名前、住所 連絡先(電話番号)、最終入院年月日をいれてください

病棟	<input type="checkbox"/> 1病棟 <input type="checkbox"/> 2病棟 <input type="checkbox"/> 3病棟 <input type="checkbox"/> 4病棟	担当看護師	
キーパーソン		電話番号	
連絡可能な時間帯			
訪問先の住所			
訪問希望日①	月 日() 午前・午後	時 分頃	送迎 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
訪問希望日②	月 日() 午前・午後	時 分頃	送迎 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
訪問希望日③	月 日() 午前・午後	時 分頃	送迎 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
訪問看護ステーション名			
かかりつけ医療機関名・ かかりつけ医			

【 訪問希望の患者に関する情報 】

希望目的	<input type="checkbox"/> 褥瘡ケア · <input type="checkbox"/> ストーマケア
病名	
相談内容	

事前確認情報

褥瘡ケア	Design-R評価	
	褥瘡処置内容	
	褥瘡の予防対策	圧とずれ <input type="checkbox"/> 自力体位変換 <input type="checkbox"/> 2体交 <input type="checkbox"/> 3体交 <input type="checkbox"/> 使用マットレス()
ストーマケア	ストーマの種類	コロストミー(<input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 小腸) <input type="checkbox"/> ウロストミー <input type="checkbox"/> その他()
	ストーマの経過と現在の状況	
	使用装具	
	交換間隔	