

＜ 訪問看護サービス依頼書 ＞

ご依頼いただきありがとうございます。
可能な範囲で構いませんので、ご記入お願いいたします。

依頼日	年	月	日
-----	---	---	---

貴院名	
診療科・部門	
TEL	
FAX	
ご担当者名	

送信枚数
()
←————→
←————→
()
送信枚数

事業者番号	1362390542
事業者名	ユニケア訪問看護リハビリステーション
TEL	葛西:03-3520-8577 / 船堀:03-6231-4255
FAX	葛西:03-6661-3617 / 船堀:03-6231-4256
管理者名	青木 創治郎

ご本人様				キーパーソン																		
フリガナ		年齢	性別	フリガナ																		
氏名				歳	男 / 女	氏名																
生年月日		T S H R 年 月 日生		続柄																		
住所		〒 -		住所		〒 -																
		(建物名)				(建物名)																
連絡先	自宅	-	-	連絡先	自宅	-	-															
	携帯	-	-		携帯	-	-															
介護保険	認定結果	要支援 () / 要介護 ()		支援状況	可 / 一部可 / 不可																	
		区分変更中 / 申請中			同居 / 別居																	
医療保険	負担割合	1割 / 2割 / 3割		家族構成																		
	保険種類	社保 / 国保 / 後期高齢																				
公費	負担割合	1割 / 2割 / 3割																				
	公費種類	無 / 有 (生保 難病 自立支援 その他)																				
診断名																						
既往歴																						
依頼目的		<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1 定期的な状態観察</td> <td style="width: 33%;">2 内服管理 (セッティング・服薬確認)</td> <td style="width: 33%;">3 排泄ケア (排便・洗腸・ストマ管理)</td> </tr> <tr> <td>4 清潔保持 (口腔ケア・入浴・清拭)</td> <td>5 皮膚のケア (褥瘡処置・管理)</td> <td>6 経管栄養 (経鼻・胃婁・腸瘻)</td> </tr> <tr> <td>7 尿路系管理 (バルーン管理・導尿)</td> <td>8 リハビリ (屋外歩行 : 有・無)</td> <td>9 喀痰吸引</td> </tr> <tr> <td>10 医療機器管理</td> <td>11 点滴・注射の施行</td> <td>12 在宅酸素管理</td> </tr> <tr> <td>13 精神面の観察</td> <td>14 ご家族の支援、指導</td> <td>15 緩和ケア・ターミナルケア</td> </tr> </table>						1 定期的な状態観察	2 内服管理 (セッティング・服薬確認)	3 排泄ケア (排便・洗腸・ストマ管理)	4 清潔保持 (口腔ケア・入浴・清拭)	5 皮膚のケア (褥瘡処置・管理)	6 経管栄養 (経鼻・胃婁・腸瘻)	7 尿路系管理 (バルーン管理・導尿)	8 リハビリ (屋外歩行 : 有・無)	9 喀痰吸引	10 医療機器管理	11 点滴・注射の施行	12 在宅酸素管理	13 精神面の観察	14 ご家族の支援、指導	15 緩和ケア・ターミナルケア
1 定期的な状態観察	2 内服管理 (セッティング・服薬確認)	3 排泄ケア (排便・洗腸・ストマ管理)																				
4 清潔保持 (口腔ケア・入浴・清拭)	5 皮膚のケア (褥瘡処置・管理)	6 経管栄養 (経鼻・胃婁・腸瘻)																				
7 尿路系管理 (バルーン管理・導尿)	8 リハビリ (屋外歩行 : 有・無)	9 喀痰吸引																				
10 医療機器管理	11 点滴・注射の施行	12 在宅酸素管理																				
13 精神面の観察	14 ご家族の支援、指導	15 緩和ケア・ターミナルケア																				
依頼内容		※上記「依頼目的」の詳細等ご記入ください																				
主治医	医療機関名			主治医の承諾	無 / 有 (指示書依頼 済・未)																	
	主治医名			診療科																		
希望職種・回数	職種 : 看護師 / リハビリ			希望曜日・時間	曜日 : 月 / 火 / 水 / 木 / 金 ※土日祝は要相談																	
	頻度 : 週 回 / 月 回				時間 : 午前 () / 午後 ()																	
介入に際しての注意事項など																						