

## 認定看護師同行訪問看護 情報用紙

依頼施設	施設名					
	依頼者					
	連絡先	TEL			FAX	
患者背景	ふりがな				生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	氏名					年 月 日 歳
	病名				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所	〒				TEL
	駐車スペース	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	当院受診歴		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	介護保険の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 )			
	担当医師			医療機関名		
	意思確認	<input type="checkbox"/> 主治医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を了承している				
依頼領域	<input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア <input type="checkbox"/> がん性疼痛看護					
具体的内容						
希望日時	第1希望日 月 日 ( ) 時 分 頃		第2希望日 月 日 ( ) 時 分 頃			
病院確認欄	ID	受診科	担当医	最終受診日	入院歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
保険情報	保険者番号	記号	番号	資格取得年月日	続柄	
					本人・家族	
※後日、保険証コピーをお願い致します				その他公的サービス		