

皮膚・排泄ケア認定看護師による同行訪問看護指示書

同行訪問看護を依頼する内容に○をつけるか記入をして提出してください。

対象者

フリガナ				生 年	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大	年 月 日
患者氏名				月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	(満 歳)
住所(〒 —)				電話番号 緊急連絡先		
保 険	保 険 者 番 号			記 号	番 号	
	被 保 険 者 氏 名			区 分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	自己負担 割合 <input type="checkbox"/> 0割 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割
	公費負担者番号			公費受給者番号		

対象者	同行訪問看護の依頼内容
真皮を超える褥瘡を有する方	1 褥瘡の予防ケア 2 局所ケア 3 その他
人工肛門もしくは人工膀胱を造設している方で、管理が困難で通院が困難な方	1 ストーマ合併症の予防ケア 2 ストーマ周囲皮膚障害発生時のケア 3 その他

上記の内容について、同行訪問看護を依頼します。

病院名

医師名

訪問看護事業所

管理者氏名