

訪問看護相談票・利用申込書

令和 年 月 日

訪問看護 ステーション 事業所

事業所名

担当者名 様



事業所名

担当者

電話

【依頼内容】

- 利用者について訪問看護の相談をしたく連絡します。ご意見をお聞かせ頂けると幸いです。
- 主治医より訪問看護開始について承諾頂きました。ついては訪問看護開始について調整したく連絡します。
- その他

【利用者基本情報】

受付No.		介護度	<input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 要介護	<input type="checkbox"/> 申請中	
フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和
利用者氏名		<input type="checkbox"/> 女	年	月	日生	才
住所	北見市			電話		
主治医	医療機関名		診療科		医師名	
主病名			他の医療機関			

【訪問看護アセスメントシート】

現在の療養状況	食生活	<input type="checkbox"/> 食事の摂取量が少ない	<input type="checkbox"/> 食事内容に極端な偏りがある	<input type="checkbox"/> 水分摂取量が少ない			
		<input type="checkbox"/> 脱水を起こしやすい	<input type="checkbox"/> 誤嚥しやすい				
	排泄	<input type="checkbox"/> 便秘がある	<input type="checkbox"/> 頻尿がある	<input type="checkbox"/> 尿が出にくい			
	清潔	<input type="checkbox"/> 入浴時脈や血圧が変動しやすい	<input type="checkbox"/> 入浴や清拭の介助が必要	<input type="checkbox"/> 口腔内の清潔が保てない			
	移動	<input type="checkbox"/> 転倒の既往がある	<input type="checkbox"/> 現在病状は安定しているが、生活状況により悪化する可能性がある				
医療処置	その他	<input type="checkbox"/> 精神的に不安定	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> むくみがある	<input type="checkbox"/> 急激な体重低下がある		
		<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> 点滴	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> ポート管理	<input type="checkbox"/> インスリン療法等の自己注射
		<input type="checkbox"/> 疼痛管理	<input type="checkbox"/> 腹膜透析	<input type="checkbox"/> 血液透析	<input type="checkbox"/> 各種カテーテル管理	<input type="checkbox"/> 人工肛門	
		<input type="checkbox"/> 創や褥瘡の処置	<input type="checkbox"/> 尿路系管理 (<input type="checkbox"/> 留置カテーテル・ <input type="checkbox"/> 自己導尿・ <input type="checkbox"/> 人工膀胱)				
		<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (<input type="checkbox"/> マスク式・ <input type="checkbox"/> 気管切開下)			<input type="checkbox"/> その他	
服薬	<input type="checkbox"/> 決められたように薬が飲めない(飲み残しや、予定より早く薬がなくなることがある)						
	<input type="checkbox"/> 薬に対する理解が不十分であり、服薬が中断する心配がある						
リハ	<input type="checkbox"/> 寝たきりや廃用症候群になりやすい <input type="checkbox"/> 継続してリハビリが必要						
療養全般	<input type="checkbox"/> 終末期を自宅で過ごしたいという希望がある <input type="checkbox"/> 病状が不安定で、入退院を繰り返している						
	<input type="checkbox"/> 在宅療養に対する本人・家族の不安が大きい <input type="checkbox"/> 家族の負担が大きい						
	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 日中に家族が不在等介護する人がいない						
特記事項							