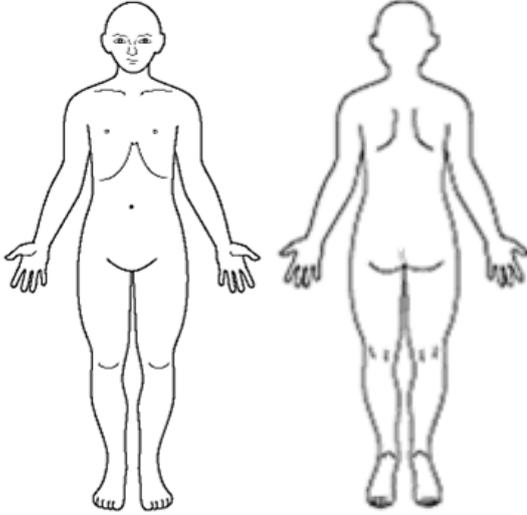


在宅患者訪問看護・指導 依頼連絡票

年 月 日

施設名		住所	
担当看護師		TEL	
希望指導	緩 和 ケ ア ・ 褥 瘡 ケ ア		
フリガナ		藤枝市立総合病院の 患者番号	
患者名			
生年月日	T. S. H 年 月 日 (才)	性別	男 ・ 女
住所		駐車スペース	有 ・ 無
TEL	- -		
訪問希望日時①	月 日 ()	時	分頃
訪問希望日時②	月 日 ()	時	分頃
病名			
担当医師		医療機関名	

【事前に情報提供していただきたい項目】

が ん 看 護 ケ ア	現在の状況	
----------------------------	-------	---

褥 瘡 ケ ア	褥瘡の経過(退院時も含め)と、現在の褥瘡の状態	<p>DESIGN評価</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 15%;">部位</th> <th style="width: 10%;">深さ</th> <th style="width: 10%;">滲出液</th> <th style="width: 10%;">大きさ</th> <th style="width: 10%;">炎症・感染</th> <th style="width: 10%;">肉芽組織</th> <th style="width: 10%;">壊死組織</th> <th style="width: 10%;">ポケット</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>②</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>③</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>褥瘡局所ケア方法</p> <p>褥瘡予防対策 体圧分散寝具: 使 用 し て い る ・ 使 用 し て い な い</p>		部位	深さ	滲出液	大きさ	炎症・感染	肉芽組織	壊死組織	ポケット	①									②									③								
	部位	深さ	滲出液	大きさ	炎症・感染	肉芽組織	壊死組織	ポケット																														
①																																						
②																																						
③																																						

連絡先 藤枝市立総合病院 〒426-8677 藤枝市駿河台4-1-11 担当: 地域医療連携室(直通TEL)054-646-1193

FAX送信先 地域医療連携室 (直通FAX) 054-646-1380

スキャニング必要

依頼票