

在宅患者訪問看護・指導 依頼連絡票

平成 年 月 日

【依頼元の訪問看護ステーションに関する情報】

施設名		住所	
担当看護師		TEL	

【訪問希望の患者に関する情報】

フリガナ			
患者名			
生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女
住所			
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	

【褥瘡の経過と現在の褥瘡の状態】

【DESIGN-R評価】

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	合計
①								
②								
③								

【褥瘡局所ケア方法】

【褥瘡予防対策】

・体圧分散寝具: 使用している (体圧分散寝具名) ・ 使用していない

連絡先: 国立病院機構村山医療センター 東京都武蔵村山市学園2-37-1

電話での連絡: TEL042-561-1221 担当: 皮膚排泄ケア認定看護師

FAX送信先: 042-561-2547

メールアドレス: jokusou@murayama-hosp.jp