

後方支援病床 依頼書

依頼日： 年 月 日

御中

医療機関名：

依頼者氏名：

(医師・看護師・ケアマネジャー・MSW)

TEL：

FAX：

主治医氏名：

患者氏名(イニシャル)：

(男・女)

歳

住所：

市

町

主病名

①

②

③

④

ADL状態

①寝たきり度(J ・ A ・ B ・ C)

②認知症の状況(無 ・ I ・ II ・ III ・ IV ・ M)

介護度

①要支援(1 ・ 2)

②要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)

☞ 必要とされる在宅医療(複数回答可)

在宅ターミナルケア・看取りがん性疼痛管理(麻薬処方)注射(点滴 中心静脈栄養)経管栄養(経鼻 胃ろう)輸液ポンプ気管カニューレ人工呼吸器吸引在宅酸素尿道カテーテル腎ろう尿路ストーマ人工肛門膀胱ろうCVポート腹膜透析褥瘡処置()その他()

☞ 問題点・特記事項

☞ 訪問看護事業所名：

担当者名：

TEL：

☞ ケアマネジャー事業所名：

担当者名：

TEL：

☞ その他の事業所名：

担当者名：

TEL：