

【FAX】

《訪問看護依頼》

記入例 退院調整中

| | | | |
|-----|------------------------|-----|---------------------|
| 宛先 | 訪問看護ステーション 彩り 小榊事業所 | 差出人 | 〇〇〇〇病院 地域連携室 〇〇 |
| FAX | <u>095-801-4212</u> | FAX | 000-000-0000 |
| TEL | 095-801-3632 | TEL | 000-000-0000 |
| 件名 | 訪問看護依頼 送付 | 日付 | 12月 1日 |

● 患者氏名： 訪〇 太〇 様 (**80** 歳) 男 ・ 女 介護保険(有・ 無)

● 連絡先： 長崎市 〇〇町 居住

● 電話番号： **095-000-0000** (妻の連絡先)

● 病名・症状： **急性心筋梗塞(PCI施行) 認知症 など**

● 処方： **退院に向けて調整中**

● 訪問看護への指示

病状の確認 服薬の支援 創傷処置 排泄介助

栄養指導 水分補給 点滴 リハビリ

相談支援 (介護) (家族) 在宅医療・訪問看護・その他)

清潔管理

(入浴) (清拭) 洗髪・陰洗・手浴・足浴 (爪切り) (口腔ケア)

その他

現在退院調整中 介護保険申請中 早めの退院希望

妻は訪問看護を希望されている 妻と二人暮らし

受け入れ可能か連絡ください

【FAX】

《訪問看護依頼》

記入例 点滴指示

| | | | |
|-----|-------------------------------|-----|---------------------|
| 宛先 | 訪問看護ステーション 彩り 小榊事業所 | 差出人 | 〇〇医院 |
| FAX | <u>095-801-4212</u> | FAX | 000-000-0000 |
| TEL | 095-801-3632 | TEL | 000-000-0000 |
| 件名 | 訪問看護依頼 送付 | 日付 | 12月 1日 |

- 患者氏名：**彩り 太郎** 様（**80**歳）**男**・女 介護保険**有**（無）
- 連絡先：**長崎市 〇〇町1丁目1-1**
- 電話番号：**095-000-0000 携帯 000-0000-0000**

- 病名・症状：**発熱 誤嚥性肺炎疑い 脱水傾向**

- 処方：**処方箋の写し参照**

ロセフィン点滴静注用 1g バッグ ソルテム3A500ml

- 訪問看護への指示

- 病状の確認 服薬の支援 創傷処置 排泄介助
- 栄養指導 水分補給 点滴 リハビリ
- 相談支援（介護・家族・在宅医療・訪問看護・その他）
- 清潔管理

（入浴・清拭・洗髪・陰洗・手浴・足浴・爪切り・口腔ケア）

- その他

訪問診療 発熱あり 本日点滴済み

明日から訪問看護で点滴してください