

【FAX】

《訪問看護依頼》

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

● 患者氏名： _____ 様（ 歳）男・女 介護保険(有・無)

● 連絡先：長崎市 _____

● 電話番号： _____

● 病名・症状： _____

● 処方： _____

● 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