

[様式 2]

皮膚・排泄ケア認定看護師 同行ケアコンサルテーション用紙

国際医療福祉大学病院

皮膚・排泄ケア認定看護師 内山由香子

E-mail y.utiyama@iuhw.ac.jp

下記の欄内へご記入の上、mail または FAX してください。同行訪問時にご持参下さい。

ご依頼施設名	_____
ご担当者名	_____
施設連絡先	住所 _____ 電話 _____ FAX _____ Mail _____
担当往診医・かかりつけ医	_____
往診患者名 年齢・性別・病名	氏名 _____ 年齢 _____ 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 生年月日 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 __年 __月 __日 病名 _____
当院受診歴	<input type="checkbox"/> あり (ID ; _____) <input type="checkbox"/> なし
訪問希望日 WOCN の送迎 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	____月____日 ____時~
相談内容	<input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位) _____ <input type="checkbox"/> ストーマ 処置方法 _____ 造設結腸部位 (__腸) ストーマ 使用装具 (_____) <input type="checkbox"/> 単品系 <input type="checkbox"/> 2 品系
※具体的な内容を記載してください	

ご依頼ありがとうございました。同行訪問後、コンサルテーションの返信いたします。

※同行訪問時、次の書類をご提示ください。

- ①訪問看護師指示書 (コピー1部) ②訪問看護計画書 (コピー1部)
- ③同行訪問の同意書 (様式1 1部)