

A. 看護連携依頼票 (年 月 日 依頼・受付)

依頼施設名 _____ → 受付施設名 _____
 依頼者名 _____ (所属 _____) 受付者名 _____
 電話/FAX _____ / _____ 電話/FAX _____ / _____

利用者氏名: _____ 生年月日 M . T . S . H _____ 年 月 日 (歳) _____ 男・女 _____
 住所 _____ 番地 _____ 連絡先 _____
 主な傷病名 _____ 在宅主治医: 無 ・ 有 (_____)

. 入院前情報
 医療保険: 国保 生保 労災 原爆
 介護保険: 認定済(介護度: 支 1 2 3 4 5) 申請中 意見書済 調査済 未申請(必要性: 有 ・ 無)
 介護保険サービスの利用 訪問介護 訪問看護 通所介護(リハ) 福祉レンタル(_____)
 居宅支援事業所名(_____) 電話/FAX(_____ / _____)

. 利用者の状況(* 該当する欄にレ、必要事項は 印、および記入)

A. 特記すべき病状	ターミナル(末期がん・高齢者・ _____)
	難病(ALS・ _____)
	痴呆(痴呆性自立度・問題行動 _____)
	感染症(_____)
	コントロールの必要な症状(血糖・疼痛・呼吸不全・不定愁訴 (その他: _____)
B. 生活支援の必要性	寝たきり度(J ・ A ₁ ・ A ₂ ・ B ₁ ・ B ₂ ・ C ₁ ・ C ₂)
	排泄(_____)
	食事(_____)
	清潔(清拭・入浴介助・ _____)
	移動・移乗(_____)
C. 医療処置の必要性	褥創 注射 点滴 経管栄養 IVH 吸引 HOT 気管カニューレ 人工呼吸器 膀胱留置カテーテル 腎瘻・尿管皮膚瘻 ストーマケア 自己導尿 CAPD 服薬 疼痛管理(持続皮下注射・硬膜外注射を含む) 死の看取り その他(_____)
D. リハビリテーション	内容(_____)
E. 介護力の問題	介護方法・指導内容(_____)
	介護力不足状況(_____)
F. 家族の不安	介護・経済・病状の変化・医療処置
	家族、介護者の生活に関すること・生活変化・他(_____)
その他必要な連携上のコメント	_____

. 連携について在宅調整の必要(有 ・ 無) 調整項目(申請関係・ADL 面での支援・介護力 ・医療処置・療養指導)
 退院前訪問の必要性(有 ・ 無) 退院予定日(_____ 年 月 日)

受け入れ可能 受け入れ不可 理由: _____
 < 退院前訪問の必要性 > なし あり(内容: _____)
 退院前訪問の日時・場所 _____