

(様式1)

## 在宅患者訪問看護(同行訪問看護)依頼連絡票

静岡県立静岡がんセンター

患者家族支援センター在宅転院支援室 行

FAX: 055-989-5532

依頼日 平成 年 月 日

依頼施設	施設名							
	依頼者							
	連絡先	TEL		FAX				
患者背景	フリガナ			静岡がんセンター				
	患者名			診察券番号				
	生年月日	T S H	年 月 日 (才)	性別	男	女		
	住所			駐車スペース	有	無		
	TEL							
	病名							
	在宅医療機関名			担当医師名				
意思確認	<input type="checkbox"/> 担当医師の了解は得られている <input type="checkbox"/> 患者本人とご家族が同行訪問看護を了承している							
依頼目的	<input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> 化学療法の副作用等のケア							
訪問希望日時	①	月	日 ( )	曜日	時	分頃		
	②	月	日 ( )	曜日	時	分頃		
依頼内容	緩和ケア	<input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 鎮痛薬の副作用対策 <input type="checkbox"/> 疼痛以外の症状コントロール <input type="checkbox"/> 本人・家族への精神的サポート <input type="checkbox"/> 非薬物療法(緩和技術) <input type="checkbox"/> その他						
	化学療法	<input type="checkbox"/> 副作用対策 <input type="checkbox"/> その他						
その他特記事項								
連絡先	〒411-8777静岡県駿東郡長泉町下長窪1007 県立静岡がんセンター患者家族支援センター 在宅転院支援室 TEL 055-989-5222(代表) 内線4292 直通FAX 055-989-5532							
SCC	担当CN		在宅支援担当者		SCC担当者		訪問日	
処理欄	備考							