

在宅患者訪問看護・指導依頼連絡票（褥瘡）

年 月 日

【依頼元の訪問看護ステーションに関する情報】

(施設名)	(住所)
(担当看護師)	(TEL)

【訪問患者に関する情報】

フリガナ	
患者名	
生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳) 性別： 男 ・ 女
住所	
TEL	
訪問希望日①	年 月 日 () 時 分 ころ
訪問希望日②	年 月 日 () 時 分 ころ
病名	
担当医師	医療機関名：

【褥瘡の経過と現在の褥瘡状況】

部位	D 深さ	E 浸出液	S サイズ	I 炎症・感染	G 肉芽組織	N 壊死組織	P ポケット	合計
①								
②								
③								

【褥瘡局所ケア】

【褥瘡予防対策】

体圧分散寝具：使用している（体圧分散寝具名 _____）・使用していない

福島生協病院 ☎ 082-292-3171 FAX 082-294-3512

担当：皮膚排泄ケア認定看護師 本田 友紀 mail：y-honda@hch.coop