年　　月　　日

訪問看護の情報提供書

（　　）区保健福祉センター健康課長　様

（指定訪問看護ステーションの所在地及び名称）

電話番号

管理者氏名

以下の利用者に関する訪問看護の情報を提供します。

|  |
| --- |
| 利用者氏名 |
| 性別（男　女）　生年月日　　　　　年　　月　　日生（　　歳）　職業 |
| 住所 |
| 電話番号　　（　　　）　　　　― |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主治医氏名 | | |
| 住所 | | |
| 主傷病名 | | |
| 日常生活活動（ADL）の状況（該当する事項に○） | | |
| 移動　自立　・　一部介助　・全面介助  排泄　自立　・　一部介助　・全面介助  着替　自立　・　一部介助　・全面介助 | | 食事　自立　・　一部介助　・全面介助  入浴　自立　・　一部介助　・全面介助  整容　自立　・　一部介助　・全面介助 |
| 要介護認定の状況（該当する事項に○） | | |
| 自立　　　　要支援（１ 　２）　　　要介護（１ 　２ 　３ 　４ 　５） | | |
| 病状・障害等の状態 |  | |
| １月当たりの訪問日数（訪問看護療養費明細書の実日数を記入すること）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日（　　回） | | |
| 家族等及び主な介護者に係る情報 |  | |
| 看護の内容 |  | |
| 必要と考えられる保健福祉サービス |  | |
| その他特記すべき事項 |  | |

【記入上の注意】

必要が有る場合には、続紙に記載して添付すること。