# ご自宅・ご施設で療養中の患者さんとご家族の方へ

ご自宅やご施設で療養している通院困難な方を対象に、当院の認定看護師が 訪問看護師さんと一緒に伺う**「同行訪問看護」**を実施しています。 退院後の療養生活について相談、支援をさせていただきます。

#### 【対象の患者さん】

#### 当院を退院した方で、褥瘡(床ずれ)やストーマケアにお困りの方

- ・褥瘡の状態に適切な処置の方法や体の位置、マットレスの選択などを検討します。
- ・ストーマ周囲の皮膚障害や適切な装具、ケア方法を検討します。







#### 【料金】

・在宅患者訪問看護指導料をいただきます。医療保険を使用できます。

1割負担の場合	1,290円
3割負担の場合	3,860円

- ・当院看護師の交通費(2km以上)をご負担いただきます。
  - ※病院を中心に半径2km以内は無料、2km以上5km未満は230円です。
- ・お支払いは、訪問後に請求書と振込用紙を郵送します。

### 【訪問時の取り決め】

- ・患者さん、訪問看護師さんとお伺いする日程を決めてあらかじめお知ら せ致します。
- ・医療上の連携や緊急時等必要があると判断する場合、病院と訪問看護ステーション間で情報交換(診療情報提供書など)します。
- ・訪問中に事故が発生した場合には、応急処置、担当医師への報告措置な ど速やかに対処致します。

ご不明な点、お問い合わせは下記までご連絡ください。 康生会武田病院 患者サポートセンター 電話 075-361-1352 FAX 075-361-1337

## 認定看護師同行訪問看護 依頼書

	訪問看護 ステーション名	2			
依頼施設	担当訪問 看護師	1	ステーション住所	т -	
	連絡可能な 時間帯		ステーション 電話番号 FAX メールアドレス	TEL: FAX: MAIL:	
	訪問	57.000000000000000000000000000000000000	月	日( )	時 分頃
	訪問	問希望日時②	月	日( )	時 分頃
	ふりがな			(□明・□大・□昭・□平・□令)	
患者背景	かりかな		生年月日	(□明・□大・□昭・□平・□守) 年 月	日(
	氏名		性別	□男性 □女性	
	当院ID		介護保険有無	□無・□有(要支援□1・□2/要介語	<b>≝</b> □1 · □2 · □3 · □4 · □5)
	電話番号		住所	〒 -	
	かかりつけ 医療機関・医				
					_,_
	希望目的		□ 褥瘡ケア	□ ストー	-マケア
	病名				
	相談内容				
	事前確認情	報			
	褥	現在の			
依	瘡	局所ケア内容 DESIGN- R	d/D ( ) <b>-</b> s/S (	) i/I( )g/G( )n/G(	
頼	ケ	(判断できる範囲で構いません)			
内	全身状態アースットにファクッド	マットレス・クッション	発熱の有無: (無・有) 尿道留置カテーテルの有無: (無・有) おむつの有無: (無・有) マットレスの種類: クッションの種類:		
容			結腸:小腸()		
	ストーマの種類		尿路:回腸導管( )・尿管皮膚瘻( )・腎瘻( )		
	<b>\</b>	ストーマサイズ			
	1	使用装具とアクセサリー	,,,,	,	
	₹		( ) 日に1回 写真があれば添付ください		
	ケっ	装具購入先			
	ア	トラブルの状態			
保 険	保険者番号		記号		番号:
	被保険者氏名		区分		
	公費負担者 番号		自己負担割合		
油約	公費受給者 番号 生・唐生全部	日病院 串老サポニトセング	7_ = =600 SEE	.8. 京都市下京区塩小路通西洞院東入東	

電話 075-361-1352 FAX 075-361-1337

令和3年4月