

コンサルテーション申込書

ケースナンバー ()

| | | |
|---|--|-------|
| 依頼元情報 | 施設名 | |
| | 担当者氏名 | 管理者氏名 |
| | 住所 | |
| | TEL | FAX |
| | メールアドレス | |
| 希望内容 | <input type="checkbox"/> 同行訪問 <input type="checkbox"/> 同行訪問（退院前面談） <input type="checkbox"/> ST 面接 <input type="checkbox"/> 電話サポート <input type="checkbox"/> その他 | |
| 症例の概要（利用者住所・氏名は記入しないこと） | | |
| コンサルテーション依頼事項（簡潔明瞭に、効果を評価しやすいように具体的に書くこと） | | |

コンサルテーション申込書 (記入例)

ケースナンバー ()

| | | |
|--|---|-------|
| 依頼元情報 | 施設名 | |
| | 担当者氏名 | 管理者氏名 |
| | 住所 | |
| | TEL | FAX |
| | メールアドレス | |
| 希望内容 | <input type="checkbox"/> 同行訪問 <input type="checkbox"/> 同行訪問 (退院前面談) <input type="checkbox"/> ST 面接 <input type="checkbox"/> 電話サポート <input type="checkbox"/> その他 | |
| <p>症例の概要 (利用者住所・氏名は記入しないこと)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ストーマのサイズ、排泄物の状態、皮膚の状態、使用器具名、交換日数、交換理由、介護者やケアの状況、本人、家族の思い、看護師ケア状況などを記入して下さい。 ・褥瘡のサイズや現在の治療、ケア方法、体圧分散寝具使用状況、活動状況、ずれや摩擦の状態やおむつの使用状況や排泄状況など ・失禁による皮膚障害の状況、排泄物やおむつの名前、交換間隔や方法、排尿間隔、尿意の状態、夜間排泄の状態、介護者の状態などを明記 <p>コンサルテーション前に状態を確認するために画像での確認ややり取りをする場合があります。その場合は、患者、家族に同意を得て下さい。上記の情報がない場合は記入は構いません。</p> | | |
| <p>コンサルテーション依頼事項 (簡潔明瞭に、効果を評価しやすいように具体的に書くこと)</p> <p>相談内容例：</p> <p>(ストーマ) 尿、便が漏れる・皮膚がただれる・皮膚の評価・サンプルの入手方法・利用者、看護師の装具評価やケア評価・排泄物の破棄が困難になってきた・セルフケア困難、介護者変更などによるケア方法や装具変更など・同行訪問での実践指導・事例検討会・カンファレンス・ST スタッフに実技指導や講義をしてほ</p> <p>しいなどを記入してください。</p> <p>(創傷) 褥瘡、創傷評価・DESIGN-R 評価・事例検討会・カンファレンス・利用者のリスクアセスメント実施・予防・ケア計画検討・体圧測定・ポジショニング評価・医師への報告の仕方や軟膏処置や被覆材の提案など・褥瘡が発生しそうなのですがどう予防したらよいですか・褥瘡が発生しましたが軟膏などありません・医師へ報告をしたいのですがどのように報告したらよいですか・新しい情報や治療方法について教えてほしい・胃瘻が漏れます・下肢が腫れて皮膚が裂けている・体の皮膚がずるむけたなど</p> <p>(失禁) おむつかぶれ・尿、便漏れ・下痢がひどい・介護者負担軽減・これは褥瘡ですか、真菌ですかなど</p> | | |

申し込み先 河内医師会訪問看護ステーション

FAX072-964-5527

コンサルテーション申込書

ケースナンバー ()

| | | |
|--|--------------------------|-------|
| 依頼者 | ステーション名 | |
| | 担当者氏名 | 管理者氏名 |
| | 住所 | |
| | TEL (連絡希望時間があれば記入してください) | FAX |
| | メールアドレス | |
| 症例の概要 (利用者住所・氏名は記入しないこと) | | |
| コンサルテーション依頼事項 (簡潔明瞭に、効果を評価しやすいように具体的に書くこと) | | |

申し込み先 わかくさ老人訪問看護ステーション小阪サテライト 担当：北野 **FAX : 06-6726-2728**

コンサルテーション申込書 (記入例)

ケースナンバー ()

| | | |
|--|--------------------------|-------|
| 依頼者 | ステーション名 | |
| | 担当者氏名 | 管理者氏名 |
| | 住所 | |
| | TEL (連絡希望時間があれば記入してください) | FAX |
| | メールアドレス | |
| <p>症例の概要 (利用者住所・氏名は記入しないこと)</p> <p>例) 80歳 女性 肺がん A 病院で手術、化学療法を行うが、副作用の増強にて中止される。今後は症状に対する緩和中心の治療となっている。予後は息子に対して治療終了後の時点で月単位と話されている。病名は理解されているが、予後は告知されていない。認知症は軽度あるが、病気の理解はある。現在の症状は呼吸困難感があり、オプソを処方されているが、本人は服用を拒否されている。家族構成は夫、長男、嫁、孫の 5 人暮らしである。家族は看取りの場所について迷っておられる。</p> | | |
| <p>コンサルテーション依頼事項 (簡潔明瞭に、効果を評価しやすいように具体的に書くこと)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療用麻薬についての説明方法とその評価方法について。 ・ 本人と家族の思いの相違について、どのように関わっていけばよいか。 ・ 訪問終了しているが、関わった事例に対して看護師間でケアの振り返りをしたい など。 | | |

申し込み先 わかくさ老人訪問看護ステーション小阪サテライト 担当：北野 **FAX : 06-6726-2728**

コンサルテーション電話相談申込書

ケースナンバー ()

| | | |
|---|---------|-------|
| 依頼元情報 | 施設名 | |
| | 担当者氏名 | 管理者氏名 |
| | 住所 | |
| | TEL | FAX |
| | メールアドレス | |
| コンサルテーション依頼事項（簡潔明瞭に、効果を評価しやすいように具体的に書くこと） | | |

コンサルテーション報告書（依頼元）

平成 28 年 月 日

| | | | |
|---|---|-------|--|
| 依頼元情報 | 施設名 | | |
| | 担当者氏名 | 管理者氏名 | |
| 相談内容 | <input type="checkbox"/> 皮膚排泄ケア領域 <input type="checkbox"/> 緩和ケア領域 <input type="checkbox"/> 訪問看護業務 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 実施内容 | <input type="checkbox"/> 利用者宅への同行訪問 <input type="checkbox"/> 同行訪問（病院等カンファレンス参加） <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーションでの面接 <input type="checkbox"/> 電話サポート <input type="checkbox"/> その他 | | |
| 実施日 | 平成 年 月 日 | | |
| 実施時間 | 事前打合わせ（ : ~ : ） 訪問（ : ~ : ） 面談指導（ : ~ : ） 電話指導（ : ~ : ） | | |
| 実施内容 | <input type="checkbox"/> 同行訪問 <input type="checkbox"/> 同行訪問（退院前面談） <input type="checkbox"/> ST 面接 <input type="checkbox"/> 電話サポート <input type="checkbox"/> その他 | | |
| 指導事項（指導をうけた内容） | | | |
| | | | |
| 指導を受けての効果 | | | |
| Q 1. コンサルテーションをうけて、今後の訪問看護の実践、運営等に役立つと思いますか <input type="checkbox"/> 大変役立つと思う <input type="checkbox"/> 一部役立つと思う <input type="checkbox"/> あまり役立たなかった <input type="checkbox"/> 役立たなかった | | | |
| Q 2. どのような点が役立ったかを記述してください | | | |
| | | | |

訪問看護コンサルテーション事業ご協力のご依頼（同意書）

本事業は、ご利用されている訪問看護ステーション及び訪問看護師の質の向上の目的で行うものです。下記記載の説明書により、本事業の趣旨をご理解の上、ご協力をお願いいたします。ご協力をお願いできる場合は、本様式の下欄の同意書に署名をお願いいたします。

- ①本事業は、訪問看護師の質の向上を目的としています。
- ②具体的な方法としては、あなたへの訪問看護サービス提供時に、専門の訪問看護ステーション職員の同行訪問等をしてもらい、担当訪問看護師が、より良い看護提供を行うための指導をうけるというものです。
- ③この事業は、あなたの自由意思のもとでお断りになることもできます。お断りになっても、あなたが受ける訪問看護サービスに関する不利益をこうむることは一切ありません。協力については、自由意思によって行ってください。
- ④ご協力いただける場合、プライバシーは固く守ります。また、指導ステーションが得た情報は、指導後ただちに、消去、破棄いたします。
- ⑤事業結果の公表；ご協力していただいた個人を特定しないように統合して本事業の成果を公表するよう配慮いたします。

同 意 書

私（利用者）は、訪問看護コンサルテーション事業について上記文書による説明を受け、

私が利用する訪問看護への同行訪問等を通して_____が、

_____より、指導を受けることに同意いたします。

平成 28 年 月 日

利用者氏名 _____

代理人署名 _____