令和　　　年　　月　　日

訪問看護の情報（療養に係る情報）提供書

（主治医　医療機関名）

　　　　　　　　　　　　　　殿

指定訪問看護ステーションの所在地及び名称

電話番号

（入院又は入所先医療機関等）　　　　　　 管理者氏名

以下の利用者に関する訪問看護の情報（療養に係る情報）を提供します。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者氏名 |  |
| 性別（男・女）　生年月日　明・大・昭・平・令　　年　　月　　日生（　　歳）  職業 | |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 | （　　）　　　－ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主治医氏名 | |  |
| 医療機関名  住　　　所 | |  |
| 主傷病名 | |  |
| 既往歴 | |  |
| 要介護認定等 | | 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　） |
| その他（利用しているサービス等） |
| 日常生活等の状況 | （食生活、清潔、排泄、睡眠、生活リズム等）  （服薬等の状況）  （家族、主な介護者等） | |
| 看護に関する情報 | （看護上の問題等）  （看護の内容）  （具体的ケア方法における留意点、継続すべき看護等） | |
| その他 |  | |

【記入上の注意】

1　必要が有る場合には、続紙に記載して添付すること。