

訪問看護「教育ステーション」による コンサルテーションのご案内

5月～12月末まで実施中。お気軽にご活用下さい。

看護師が抱える悩み解消に向けた専門家のサポートを受け
看護ケアの質の向上を図るためのコンサルテーション事業です。
同行訪問や電話相談での対応となります。
どうぞお気軽にご活用ください！



☆コンサルテーションを受ける際の手順

- ① コンサルテーション申込書に依頼したい内容を記入
- ② わかくさ老人訪問看護ST星野・村井に「コンサルテーションを受けたい」旨の連絡か申し込み用紙を送付。(同行訪問の際は同意書も)
- ③ 同行訪問、電話相談を受けた後、報告書をわかくさ老人訪問看護STに提出

※書式は大阪府訪問看護ステーション協会のHP→教育ステーション
中河内→わかくさ老人訪問看護STのコンサルテーションから
ご利用下さい

コンサルテーション 料金無料

★皮膚・排泄ケア領域

若草第一病院

皮膚・排泄ケア認定看護師

かしはら皮ふ科クリニック

皮膚・排泄ケア認定看護師

★リンパ浮腫のケア

訪問看護ステーションにこ リンパ浮腫セラピスト

★がん性疼痛看護領域

市立柏原病院

癌性疼痛認定看護師

★緩和ケア領域

わかくさ老人訪問看護ST小阪サテライト 緩和ケア認定看護師

★がん専門看護領域

テンダーケア訪問看護ステーション

がん専門看護師

乳がん看護認定看護師

※コンサルテーション内容は、事業報告書等に記載しますが、ご利用者様の個人情報特定できる形で公表することは一切ございません。

わかくさ老人訪問看護ステーション (担当：星野・村井)

〒579-8058 東大阪市神田町15-18

TEL 072-984-9781 FAX 072-980-2198

コンサルテーション申込書

ケースナンバー ()

依頼先 (コンサルティ)	事業所名	
	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 の種別	<input type="checkbox"/> 小児科訪問看護	<input type="checkbox"/> 精神科訪問看護
	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問看護全般（運営管理を除く）
	<input type="checkbox"/> 訪問看護運営管理	<input type="checkbox"/> ターミナルケア
	<input type="checkbox"/> その他 ※ ()	
希望内容	<input type="checkbox"/> 同行訪問 <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）		
同意書の有無	<input type="checkbox"/> 同意書あり <input type="checkbox"/> 同意書なし ※コンサルタントによる同行訪問、カンファレンス参加をご希望の場合は、 利用者の同意が必要です。	

教育ステーション事業（コンサルテーション）ご協力の依頼（同意書）

本事業は、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。下記の説明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。ご協力いただける場合は、お手数ですが下欄の同意書にご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、教育ステーション事業によるコンサルテーションについて、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。

年 月 日

利用者氏名

コンサルテーション報告書（コンサルタント作成）

ケースナンバー（ ）

報告書作成日： 年 月 日

コンサルタント （指導者）	氏名	
コンサルテーション の種別	<input type="checkbox"/> 小児科訪問看護	<input type="checkbox"/> 精神科訪問看護
	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問看護全般（運営管理を除く）
	<input type="checkbox"/> 訪問看護運営管理	<input type="checkbox"/> ターミナルケア
	<input type="checkbox"/> その他 ※（ ）	
実施内容	<input type="checkbox"/> 訪問またはオンライン対面	<input type="checkbox"/> その他（ ）
	<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
実施日	年 月 日	
実施時間		
指導事項（指導した内容）		
指導により見込まれる効果		
感想 / 今後のコンサルテーションにむけての意見など		