

認定看護師 同行訪問依頼書

申し込み日		年	月	日		
依頼施設	施設名					
	連絡先	TEL:			FAX:	
	依頼者					
かかりつけ医療機関名						
担当医						
患者背景	ID				<input type="checkbox"/> 当院受診歴なし	
	住所					
	フリナガ氏名				性別	男・女
	生年月日	年	月	日生 () 歳	TEL	
	病名					
	介護保険の有無	無 ・ 有 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)				
	意思確認	<input type="checkbox"/> ご本人・ご家族が認定看護師の訪問を了承されている				
診療科・依頼分野	<input type="checkbox"/> 診療科() <input type="checkbox"/> 褥瘡ケア <input type="checkbox"/> ストーマケア <input type="checkbox"/> 緩和ケア・がん性疼痛ケア					
依頼内容						
希望日時	①	月	日 ()	時	分頃	
	②	月	日 ()	時	分頃	
訪問決定	<input type="checkbox"/> 訪問する			<input type="checkbox"/> 訪問しない		

《お問い合わせ》

担当: 緩和ケア認定看護師 皮膚・排泄ケア認定看護師

連絡先: JA北海道厚生連 札幌厚生病院 地域連携科

TEL・FAX 011-261-0515 市内フリーダイヤル(FAX可)0120-700-017(直通)