　　　　　　　　　　　　　専門・認定看護師による同行訪問　申込連絡票　　　（様式１）

依頼日　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | 事業所名 |  | ＴＥＬ |  |
| 担当者 |  | ＦＡＸ |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者情報 | フリガナ |  | 生年月日 | （大・昭・平・令）  　年　　月　　日生　　　才 |
| 氏名 |  |
| 性別 | 男　・　女 |
| 住所 |  | | |
| TEL |  | | |
| 介護保険利用 | 無　・　有（要支援　１・２　　要介護　１・２・３・４・５） | | |
| かかりつけ  医療機関 |  | 担当医師 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 主病名 |  |
| 内容 | □真皮を超える褥瘡のケア  □ストーマ（人工肛門または人工膀胱）のケア  □悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法のケア |
| 希望する  専門・認定看護師 | □皮膚・排泄ケア認定看護師　　　□緩和ケア認定看護師  □がん性疼痛看護認定看護師　　　□がん化学療法看護認定看護師  □乳がん看護認定看護師　　　　　□がん看護専門看護師 |
| 具体的な内容 |  |
| 訪問希望日時① | 年　　　月　　　日（　　　）　　　　時　　　　分頃 |
| 訪問希望日時② | 年　　　月　　　日（　　　）　　　　時　　　　分頃 |
| 意思確認 | * 患者本人とご家族が認定看護師の訪問を了承している * 主治医の了承を得られている |
| 留意事項 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 連絡先 | 市立砺波総合病院　患者総合支援センター　　〒939-1395　砺波市新富町1番61号 | | |
| TEL | 0763-32-8361 | FAX | 0763-33-1591 |

患者総合支援センター　⇒　専門・認定看護師