

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)
	氏名			年 月 日生
			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	<input type="checkbox"/> 真皮を超える褥瘡のケア <input type="checkbox"/> ストーマ (人工肛門または人工膀胱) のケア <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア認定看護師 <input type="checkbox"/> 緩和ケア認定看護師 <input type="checkbox"/> がん性疼痛看護認定看護師 <input type="checkbox"/> がん化学療法看護認定看護師 <input type="checkbox"/> 乳がん看護認定看護師 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 患者本人とご家族が認定看護師の訪問を了承している <input type="checkbox"/> 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