

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				□ 当院受診歴なし	
	住所					
	フリガナ氏名				性別	男・女
	生年月日	年	月	日()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	□ 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	□ 診療科 ()		□ 褥瘡ケア		□ ストーマケア	
	□ 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	□ 訪問する			□ 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: 011-261-0515 / 0120-700-017 (フリーダイヤル) FAX: 011-261-5775