

認定看護師による同行訪問看護についての依頼書

依頼日 年 月 日

依頼元	事業所名			
	依頼者		責任者	
	連絡先	TEL	FAX	
希望日時	①	年	月	日 () 時 分頃
	②	年	月	日 () 時 分頃
患者情報	フリガナ		生年月日	(明・大・昭・平・令)
	氏名			年 月 日生 (歳)
	病名		性別	男・女
	住所			
	訪問先			
	医療機関名		担当医	
	介護保険利用の有無	無・有 (要支援 1・2、要介護 1・2・3・4・5)		
	当院受診歴の有無	有・無		
依頼内容	緩和ケア認定看護師 ☐ 疼痛管理 ☐ 疼痛以外の症状コントロール () ☐ その他			
	皮膚・排泄ケア認定看護師 ☐ 褥瘡ケア ☐ 褥瘡以外の慢性創傷のケア () ☐ その他 ☐ ストーマケア (☐ 排泄物の漏れ ☐ 皮膚障害 ☐ 装具選択 ☐ その他)			
具体的な内容				

三沢市立三沢病院 地域医療連携室
TEL 0176-53-2161 (代表)
FAX 0176-51-1375