

## 認定看護師同行訪問申込書

申し込み日	令和 年 月 日
希望分野	いずれかに☑をご記入下さい <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱
同行訪問の説明と同意	未 ・ 済
患者情報	氏名（フリガナ）
	男 ・ 女
	生年月日（大正・昭和・平成） 年 月 日 歳
	住所:
	電話:
	泰玄会病院 受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 介護保険の有無： <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有(要支援1・2 要介護1・2・3・4・5)
相談内容	病名:
依頼者連絡先	事業所名:
	住所:
	電話:
	FAX:
	担当訪問看護師:
	在宅医:
<p>上記内容を記入して頂き下記に FAX をお送りください。</p> <p>担当看護師より同行訪問日時調整について、折り返し連絡させていただきます。</p> <p>なお、同行訪問については事前に患者・家族、訪問医から同意を得て頂きますようお願いいたします。</p> <p><b>泰玄会病院 地域医療連携室 FAX:0586-61-2545（電話:0586-61-2121）</b></p>	