

認定看護師同行訪問 申込連絡票

申込日 平成 年 月 日

施設	施設名				
	担当者				
	連絡先	TEL		FAX	
同行訪問希望分野	<input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア認定看護師		<input type="checkbox"/> がん性疼痛看護認定看護師		
	<input type="checkbox"/> 緩和ケア認定看護師		<input type="checkbox"/> がん化学療法看護認定看護師		
内容	<input type="checkbox"/> 真皮を越える褥瘡ケア				
	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍の鎮痛療法のケア				
	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍の化学療法のケア				
患者情報	ふりがな			性別	男 ・ 女
	患者氏名				
	生年月日	T ・ S ・ H	年	月	日 (歳)
	住所				
かかりつけ医療機関名			担当医師		
コメント					
意思確認	<input type="checkbox"/> ご本人・ご家族が認定看護師の訪問を了承されている				

平成26年11月作成 看護部

お問合せ・FAX送信先

JCHO北海道病院 地域連携相談室 看護師

TEL 011-831-5151(代表)

FAX 011-815-1005(直通)