

## 認定看護師同行訪問 申込連絡票

申込日                    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"/> 人工肛門若しくは人工膀胱ケア		
	<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 ・ R	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  
令和2年6月 改訂

お問合せ・FAX送信先

JCHO北海道病院 総合支援センター 看護師  
TEL 011-831-5151(代表)  
FAX 011-815-1005(直通)