

## 認定看護師同行訪問申込書

<b>申し込み日</b>	平成    年    月    日
<b>希望分野</b>	いずれかに☑をご記入下さい □褥瘡   □緩和   □ストーマ
<b>同行訪問の説明と同意</b>	未   ・   済
<b>患者情報</b>	氏名（フリガナ）  <span style="float: right;">男 ・ 女</span>
	生年月日    西暦                      （大正・昭和・平成）    年    月    日    歳
	住所：
	電話：
	東京労災病院 受診歴    □有    □無
	介護保険の有無   ： □無   ・ □有（要支援1・2 要介護1・2・3・4・5）
<b>相談内容 【詳細】</b>	<b>病名：</b>
<b>依頼者連絡先</b>	事業所名：
	住所：
	電話：
	FAX：
	担当訪問看護師：
	訪問医：
<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 style="text-align: right;">東京労災病院 地域医療連携室 FAX:03-3742-7314</p>	