

## 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<br>□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）<br><br><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<br/>【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> |  |