

## 認定看護師同行訪問申込書

申し込み日	平成 年 月 日
希望分野	いずれかに☑をご記入下さい □褥瘡 □がん
同行訪問の説明と同意	未 ・ 済
患者情報	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 <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 【詳細】	病名:
依頼者連絡先	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>	