

認定看護師相談用紙

相談日	令和 年 月 日
相談希望分野	☐ 糖尿病 ☐ 緩和ケア ☐ 皮膚・排泄ケア ☐ クリティカルケア ☐ 手術 ☐ 感染管理 ☐ 腎不全看護 ☐ 摂食嚥下 ☐ 心不全看護
相談内容	いずれかに☑をご記入してください ☐ 患者のケアに関すること ☐ 困っていること ☐ 一般的な処置やケアに関すること ☐ 学習会 ☐ その他
相談内容 【詳細】	
依頼者連絡先	施設名 所在地 電話番号 FAX 番号 担当訪問看護師

上記内容を記入して頂き、下記に FAX をお送りください。

担当認定看護師より、折り返しご連絡いたします。

東京労災病院 地域連携室 FAX:03-3742-7314