|  |  |
| --- | --- |
| **認定看護師相談用紙** | |
| **相談日** | 平成　　　　年　　　　月　　　　日 |
| **相談希望分野** | □糖尿病　　□緩和ケア　　□皮膚・排泄ケア  □集中ケア　　□手術室　　□感染管理　　□透析  □摂食・嚥下　　□脳卒中リハビリテーション |
| **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　地域医療連携室　FAX：03-3742-7314 | |

東京労災病院　平成30年12月作成