

## 認定看護師相談用紙

相談日	平成 年 月 日
相談希望分野	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア <input type="checkbox"/> 集中ケア <input type="checkbox"/> 手術室 <input type="checkbox"/> 感染管理 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 脳卒中リハビリテーション
相談内容	いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をご記入してください <input type="checkbox"/> 患者のケアに関すること <input type="checkbox"/> 困っていること <input type="checkbox"/> 一般的な処置やケアに関すること <input type="checkbox"/> 学習会 <input type="checkbox"/> 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	