

在宅患者訪問（認定看護師同行訪問） 依頼書

宛先 茅ヶ崎市立病院 患者支援センター FAX : 0467-52-1133

依頼元 施設	事業所名			
	担当看護師			
	連絡先	電話番号：	e-mail:	

患者背景	ふりがな			生年月日	年 月 日	歳	
	氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	病名						
	住所						
	最寄り駅	線	駅	<input type="checkbox"/> 徒歩	<input type="checkbox"/> バス	分	
	当院受診歴の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
	当院受診歴有りの場合	患者ID：	診療科：	主治医：			
	介護保険利用の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 （要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5）					

依頼内容		現在の状況
		現在のケア
		<input type="checkbox"/> 褥瘡ケア <input type="checkbox"/> ストーマケア <input type="checkbox"/> 緩和ケア
		困っている事

希望日時	第1希望	月	日 ()	開始時間	時
	第2希望	月	日 ()	開始時間	時
	第3希望	月	日 ()	開始時間	時

- ・ 認定看護師同行訪問の対象者は、当院に受診歴のある方となります。受診歴のない方はご相談下さい。
- ・ FAXをする際は、斜線の部分は空欄で送信をして下さい。情報の詳細は、電話で確認させていただきます。