

認定看護師同行訪問依頼書

依頼日 令和 年 月 日

依頼施設	施設名					
	依頼者			責任者名		
	連絡先	TEL			FAX	
希望認定看護師	<input type="checkbox"/> 緩和ケア認定看護師		<input type="checkbox"/> 皮膚排泄ケア認定看護師		<input type="checkbox"/> 摂食嚥下認定看護師	
希望日時	① 平成 年 月 日 () 時 分頃					
	② 平成 年 月 日 () 時 分頃					
患者背景	性別	男 ・ 女			年齢	才
	病名					
	住所					
依頼内容	<input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 疼痛以外の症状コントロール() <input type="checkbox"/> その他					
	<input type="checkbox"/> 褥瘡ケア <input type="checkbox"/> 褥瘡以外の慢性創傷のケア () <input type="checkbox"/> その他					
	<input type="checkbox"/> ストーマ術後ケア(<input type="checkbox"/> 排泄物の漏れ <input type="checkbox"/> 皮膚障害 <input type="checkbox"/> 装具選択 <input type="checkbox"/> その他)					
	<input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 食事形態 <input type="checkbox"/> その他					
具体的内容						

FAX送信先 国立病院機構 水戸医療センター
 地域医療連携センター ☎ 029-240-7807(直通)
 FAX 029-240-7795(直通)