|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 【様式２】 | |
|  |  |  | 訪問看護師記入用 | |
|  |  |  | 訪問看護師　➔　甲南医療センター | |
| 【FAX送付先】 甲南医療センター　 　患者サポートセンター行　　**FAX：078-854-4099** | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 公益財団法人甲南会　甲南医療センター | | | | |
| **緩和ケア・褥瘡ケア　認定看護師同行訪問　申し込み書** | | | | |
|  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |  | 生年月日・年齢 | 性別 |
| 利用者氏名 |  |  | 明治／大正／昭和／平成 | 男　／　女 |
| 当院診察券　 ID |  |  | 年　　月　　日生　　　　　歳 |
| 現住所 （訪問先） | 〒 | | | |
| 電話番号 | （自宅）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（携帯） | | | |
|  |  |  |  |  |
| 訪問看護種別 | **・緩和ケア**(緩和ケア、乳がん看護、がん化学療法看護）　　・　　**褥瘡ケア**（ストーマケア）  　　　　　　　　　　　　【特定行為希望：　あり　・なし】 | | | |
| 相談内容（患者の状態・相談内容など） | | | | |
| 疾患名：  患者の状況：  相談内容 | | | | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|  |  |  |  |  |
| 上記の通り、公益財団法人甲南会　甲南医療センターの認定看護師の訪問看護を申し込みます。 | | | | |
|  |  |  |  |  |
| 年　　　月　　　日 | |  |  |  |
| 依頼元事業所 | |  |  |  |
|  | 名　称： |  |  |  |
|  | 住　所： |  |  |  |
|  | 電話番号： |  | FAX： |  |
|  | 事業所管理者名： |  |  |  |
|  | 担当看護師名： |  |  |  |