

認定看護師による在宅患者訪問看護(同行訪問) 申込連絡票

申込日 年 月 日

事業所	事業所名					
	担当者					
	連絡先	TEL		FAX		
訪問を希望する 認定看護師	<input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア認定看護師 <input type="checkbox"/> 緩和ケア認定看護師					
内容	<input type="checkbox"/> 真皮を越える褥瘡ケア <input type="checkbox"/> 人工肛門もしくは人工膀胱ケア (コロストミー・イレオストミー・ウロストミー) <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍の鎮痛療法もしくは化学療法のケア					
患者情報	ふりがな			性別	男	女
	患者氏名					
	生年月日	T・S・H・R	年	月	日	歳
	住所					
	TEL					
	介護保険利用	無・有(要支援 1・2、要介護 1・2・3・4・5)				
かかりつけ 医療機関名				担当医師		
コメント						
希望日時	第1希望	年	月	日 ()	開始時間	:
	第2希望	年	月	日 ()	開始時間	:
意思確認	<input type="checkbox"/> ご本人・ご家族が認定看護師の訪問と費用について了承されている					

*「認定看護師による在宅患者訪問看護の説明と同意書」、「健康保険証の写し」を添付してください。

あて先 高岡市民病院 患者支援センター

FAX:0766-23-0237

TEL(代表):0766-23-0204