|  |
| --- |
| **申し込み日**　　　　　　　　　 　　　 年　　　　 月　　　　 日 |
| **希望分野**　　　　　　　　　　 　いずれかに☑をご記入下さい  　　　　　　　　　　　　　　　　 □褥瘡　　□人工肛門　　□人工膀胱 |
| **同行訪問の説明と同意**　　　　未　・　　済 |
| **患者情報**　　　　　　　　　　　　 氏名　（フリガナ）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男　・　女  　　　　　　　　　　　　　　　　　 生年月日　　（大正・昭和・平成）　　　　　年　　　　月　　　　　日　　　　　歳  　　　　　　　　　　　　　　　　　 住所：  　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話：  　　　　　　　　　　　　　　　　　 関東労災病院　受診歴　　□有　　□無  　　　　　　　　　　　　　　　　　 介護保険の有無　：　□無　・　□有（要支援１・２　要介護１・２・３・４・５） |
| **相談内容　　　　　　　　　　　病名：**  **【詳細】** |
| **依頼者連絡先**　　　　　　　 事業所名：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当訪問看護師：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　訪問医： |
| 上記内容を記入して頂き下記にFAXをお送りください。  担当看護師より同行訪問日時の調整について、折り返し連絡させて頂きます。  なお、同行訪問については事前に患者・家族、訪問医から同意を得て頂きますようお願いいたします。  **関東労災病院　地域医療連携室　FAX：044-435-5030　　　　　　　　　　　　　　担当：新川** |

関東労災病院　2023年6月作成