

専門性の高い看護師の同行訪問依頼および情報提供書

訪問ステーション名・施設名 _____

担当者名 _____ Email: _____

電話番号 _____ FAX 番号 _____

利用者情報

利用者氏名 _____ 性別 男 女

生年月日 _____ 年 月 日 (_____ 歳) 津島市民病院受診歴 (有 無)

住 所 _____

- 利用者の同意： 病状および健康保険情報の情報提供について
 利用料金の発生について
 津島市民病院の受診歴がない場合はカルテ作成の承諾

解決したい課題・問題

- 褥瘡 緩和ケア 抗がん剤の副作用ケア その他

主病名

経過

同行訪問するにあたって配慮すべきこと