

聖霊病院 地域医療連携センター
専門・認定看護師への相談依頼書 (FAX 用紙)

下記の記入欄へ必要事項をご記入ください。わかる範囲で構いません。

1. 相談したい専門職

- 相談する相手がわからない
- 皮膚・排泄ケア特定認定看護師
- 認知症看護認定看護師
- 家族支援看護師

2. 相談内容 ★個人情報の取り扱いにご注意ください

記入例) 施設に入所している人の褥瘡がなかなか治らないので、相談したい

3. 相談の種類

- 同行訪問
 - 訪問看護指示医へ、同行訪問について報告・相談して了承を得ている
 - 患者と家族に同行訪問の同意を得ている

- カンファレンスへの出席
 - 所属施設管理者の了承を得ている

- 事例の直接相談

- その他

4. 相談者の情報

相談者名	
相談者の職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> その他
所属先	
連絡先	電話番号 FAX 番号

★こちらからご連絡させていただきます

問い合わせ先: 地域医療連携センター地域支援室 室長:長崎 優子
電話:(052)832-1181 FAX:(052)832-6735