

熊本大学病院

専門看護師・認定看護師との連携・同行訪問 申込書

(訪問看護ステーション用)

当院の診察券番号をお持ちの場合 (氏名不要) :

訪問先住所 (該当するところに○をつけてください) :

熊本市 (中央区 北区 西区 南区 東区)

熊本市近郊 (合志市 菊陽町 大津町 嘉島町 益城町 御船町 宇土市 宇城市 )

その他の地域 ( )

訪問依頼内容 (簡潔に) :

(\* 患者情報を記載する場合は、個人情報の取り扱いにご注意ください。)

※下記の件についてご対応いただきチェックをお願い致します

- 訪問看護指示医へ、同行訪問について報告・相談をして了承を得た
- 患者・家族より同行訪問の同意を得た

\* 患者様、訪問看護師様のご希望がありましたら、日程調整の上で同行訪問させていただきます。

その場合は下記へご連絡の上、本用紙に必要事項を記載して下記へ FAX 送信をお願い致します。

連絡先：熊本大学病院 緩和ケアセンター

電話 096-373-5637

FAX 096-373-5587