

認定看護師同行訪問看護 情報用紙

依頼施設	施設名				
	依頼者				
	連絡先	TEL		FAX	
患者背景	ふりがな			生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
	氏名				年 月 日 歳
	病名			性別	☐ 男 ☐ 女
	住所				
	駐車スペース	☐ 無 ☐ 有	当院受診歴	☐ 無 ☐ 有	
	介護保険の有無	☐ 無 ☐ 有	(要支援 ☐ 1 ☐ 2 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5)		
	担当医師		医療機関名		
	意思確認	☐ 主治医の了解は得られている ☐ 患者本人とご家族が同行訪問を了承している			
	依頼領域	☐ 皮膚・排泄ケア ☐ がん性疼痛看護			
具体的内容					
希望日時	第1希望日 月 日 () 時 分 頃		第2希望日 月 日 () 時 分 頃		
病院確認欄	ID	受診科	担当医	最終受診日	入院歴 ☐ 無 ☐ 有
	医療保険	保険(本人・家族)	割負担	その他公的サービス	

JCHO仙台南病院

〒981-1103 仙台市太白区中田町字前沖143

TEL:022-306-1711(病院代表) FAX:022-306-1741(地域医療連携室)