

記載年月日 年 月 日

専門性の高い看護師との同一日訪問 依頼および情報提供書

事業所名	:	_____
担当者名	:	_____ E-mail : _____
電話番号	:	_____ FAX : _____

利用者情報

利用者氏名 : _____ 性別 : 男 ・ 女

生年月日 : (明・大・昭・平) 年 月 日 (歳)

山形済生病院 受診歴 (有 ・ 無)

住所 : _____ 電話番号 : _____

利用者の同意	<input type="checkbox"/> 病状および健康保険情報の情報提供について
	<input type="checkbox"/> 利用料金の発生について
	<input type="checkbox"/> 山形済生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

<input type="checkbox"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱ケア	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍による皮膚障害	<input type="checkbox"/> その他
-----------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------

主病名

--

経過

--

訪問するにあたって配慮すべきこと

--

社会福祉法人^{恩賜}済生会 山形済生病院 地域連携室 Tel/FAX : 0120-232-658

受付時間 : 月～金 8 : 45～17 : 00