|  |  |
| --- | --- |
| **申し込み日** | 西暦　　　　　　　　 年　　　　 月　　　　 日 |
| **希望分野** | いずれかに☑をご記入下さい  □褥瘡　　□人工肛門　　□人工膀胱 |
| **同行訪問の説明と同意** | 未　・　　済 |
| **河北診察券ID** |  |
| **患者情報** | 氏名　（フリガナ） |
| 男　・　女 |
| 生年月日　　西暦　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　　日　　　　　歳 |
| 住所： |
| 電話： |
| 介護保険の有無　：　□無　・　□有  有の場合：　（要支援　１　・　２　要介護　１　・　２　・　３　・　４　・　５） |
| **相談内容** | **病名：**  **【相談詳細】** |
| **依頼者連絡先** | 事業所名： |
| 管理者名： |
| 住所： |
| 電話： |
| 担当訪問看護師： |
| 訪問医： |
| 訪問医連絡先： |
| その他 | 上記内容を記入して頂き、メールに添付してください。  [t.kobayashi@kawakita.or.jp](mailto:t.kobayashi@kawakita.or.jp)  担当看護師より同行訪問日時の調整について、折り返し連絡させて頂きます。  なお、同行訪問については事前に患者・家族、訪問医から同意を得て頂きますようお願いいたします。（別紙あり） |

河北総合病院　　2023年8月