**緩和ケア認定看護師同行訪問についての依頼書**

依頼日　　　　　年　　　月　　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 依頼元施設 | 施設名 |  |
| 依頼者 |  |
| 連絡先 | TEL | FAX |
| 担当医師 | 医師名 |  | 医療機関名 |  |
| 利用者情報 | フリガナ |  | 生年月日 | 大・昭・平・令 |
| 氏名 |  |  | 年　　月　　日生（　　　）歳 |
| TEL |  | 性別 | 男・女 |
| 住所 |  |
| 介護保険利用の有無 | 無・有⇒要支援1・2、要介護1・2・3・4・5 |
| 当院受診歴 | 無・有⇒診察券番号（　　　-　　　　　-　　　　） |
| 依頼内容 |  |
| 日程調整についての連絡先 |  | 曜日・時間 |  |

注）１．患者さんの「健康保険証・医療証等のコピー」同意書を一緒に送信してください。

1. 訪問当日、送信した書類の原本を認定看護師にお渡しください。

**あて先　富士市立中央病院　地域医療連携センター　FAX　0450-52-1215**