**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**