

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。
2. 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