|  |
| --- |
| **医療依存度の高い患者の在宅療養に関わる看護職支援事業　相談システム** |
| **相談内容****このフォーマットをダウンロードして必要事項を記入してください。** **記入後はメールアドレス：　　　　　　　　 kuh.kumamoto-u.ac.jp　宛に添付し送信して下さい。****尚、フォーマットの必須項目は必ず記載して下さい。記載がない場合は、相談対応しかねますことをご了承下さい。回答には少しお時間を頂きます。****＊記載の前に「個人情報の取り扱いに関するお願い」をお読みください。** |
| **相談用フォーマット** |
| **相談者氏名（必須）** |  |
| **メールアドレス（必須）** |  |
| **所属組織名（必須）** |  |
| **電話番号（必須）** |  |
| **希望の返信方法** | **メール** | **電話** |
| **電話の希望の日時** | **（複数日）** |
| **相談分類****（該当する項目を選択して記入ください)****例：** 項目 | **がん関連** | **人工呼吸関連** | **慢性疾患関連** | **皮膚・排泄ケア** |
| **感染管理** | **認知症看護** | **精神看護** | **その他** |
| **（その他）** |
| **相談内容****（個人情報は記載せずに、困った場面や状況についてお書き下さい）** | 記入例：○○歳代　同居の家族情報（妻　夫　長男　長女　孫　その他） |
| 回答欄 |  |