熊本大学病院

専門看護師・認定看護師との　[ ] 同行訪問 / [ ] 出張カンファレンス　申込書

　　　　　　　　　　　　　　（どちらかに☑印をつけてください）

（訪問看護ステーション・介護施設用）

**当院の診察券番号をお持ちの場合はお書き下さい（氏名不要）：診察券番号**

**訪問先住所（　該当するところに印をつけてください　）：**

熊本市　　　　（ [ ] 中央区 　 　[ ] 北区 　 　[ ] 西区 　[ ] 南区 　 　[ ] 東区 ）

熊本市近郊　　（ [ ] 合志市 　　[ ] 菊陽町 　[ ] 大津町 　 [ ] 嘉島町 　　[ ] 益城町

　[ ] 御船町 　[ ] 宇土市 [ ] 宇城市 ）

その他の地域　（　　　　　　　　　　　　 　）

**同行訪問 / 出張カンファレンス　依頼内容（簡潔に）：**

（＊患者情報を記載する場合は、個人情報の取扱いにご注意下さい。）

**※下記の件についてご対応いただき、 □にチェックをお願い致します**

|  |
| --- |
| 同行訪問[ ] 　訪問看護指示医へ、同行訪問について報告・相談をして了承を得た[ ] 　患者・家族より同行訪問の同意を得た　 |

出張カンファレンス

[ ] 　施設の看護管理者へ、出張カンファレンスについて報告・相談をして了承を得た

地域の訪問看護師様、介護施設の看護師様のご希望がありましたら、日程調整の上で、同行訪問、または出張カンファレンスをさせていただきます。その場合は下記へご連絡の上、本用紙に必要事項を記載してFAX送信して頂きますようお願い致します。

連絡先：熊本大学病院看護部　ケアサポート室

電　話 　０９６－３７３－５７３６

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ 　０９６－３７３－７４５９