

FAX 03 - 3834 - 2351

患者相談依頼書

永寿総合病院 地域医療連携室 行

| ID | 氏名 | 生年月日 | 年齢 | 性別 | 受診歴 |
|-------------|-------|-------|----|---------------------------------|-----|
| | | 年 月 日 | 歳 | 男・女 | 有・無 |
| 住 所 | | | | | |
| 〒 - | | | | | |
| 在宅医療機関名 | 主治医 | 連絡先 | | 患者・家族の同意 | |
| | | TEL | | 有 ・ 無 | |
| | | FAX | | | |
| 訪問看護ステーション名 | 担当看護師 | 連絡先 | | <input type="checkbox"/> 主治医の承認 | |
| | | TEL | | | |
| | | FAX | | | |
| 病状・症状 | | | | | |
| | | | | | |
| 相談内容 | | | | | |
| | | | | | |

上記の内容を踏まえ、当院の認定看護師に患者宅へ訪問するよう指示をする。

医師名 _____