

認定看護師 同行訪問看護依頼書

下記について貴院の認定看護師の同行訪問を希望します。

1. 褥瘡ケア
2. ストーマケア（人工肛門および人工膀胱）

【相談内容】

--

【依頼施設】

訪問看護ステーション名：

担当者：

連絡先：

訪問希望日時①： 月 日 時 分頃

訪問希望日時②： 月 日 時 分頃

【患者情報】

患者氏名： 生年月日： 年 月 日

訪問先住所：

診療費請求先氏名：

診療費請求先住所：

※保険証（資格確認書）のコピーを添えて提出してください。

【連絡先】独立行政法人国立病院機構 敦賀医療センター 地域医療連携室

電話：0770-25-1600(代) FAX：0770-25-0354

令和5年12月