

FAX:03-5682-5133

東京都保健医療公社 東部地域病院 看護部
認定看護師 コンサルテーション 依頼書

今日の日付 年 月 日

依頼者名 様

所属機関名

所在地

TEL

FAX

E-mail

患者情報

年齢 歳 男 ・ 女

病名

相談したい認定看護師(該当する領域に○をつけて下さい)

感染管理

皮膚・排泄ケア

認知症看護

摂食・嚥下障害看護

緩和ケア

がん化学療法看護

がん性疼痛看護

相談したい内容