

コンサルテーション申込書

ケースナンバー ()

依頼元 訪問看護ステーション (コンサルティ)	ステーション名				
	担当者氏名		管理者氏名		
	住所				
	TEL		FAX		
	メールアドレス				
コンサルテーション の種別	☐ 皮膚・排泄 ケア領域	☐ 緩和ケア 領域	☐ リンパ浮腫 ケア	☐ がん性 疼痛看護	☐ 嚥下 摂食障害
希望内容	☐ 同行訪問 ☐ 同行訪問 ☐ 電話相談 (退院前面談)				
症例の概要（利用者住所・氏名は記入しないこと）					
コンサルテーション依頼事項（簡潔明瞭に、効果を評価しやすいように具体的に書くこと）					
同意書	☐ 同意書あり ※コンサルタントによる同行訪問、カンファレンス参加をご希望の場合は、 利用者の同意が必要です。				