

# 特定行為研修を修了した看護師による専門的管理 FAX予約申込書（FAX送信票）

申込日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

武蔵野赤十字病院 医療連携課紹介受付 行

FAX: 0422-32-5135

TEL: 0422-32-3111（内線7518）

※予約受付時間 8:30~16:30

| 予 約 内 容   |      |                             |       |                      |   |                 |
|-----------|------|-----------------------------|-------|----------------------|---|-----------------|
| 専門的<br>管理 | 1    | 気管カニューレの交換                  | 2     | 創傷に対する陰圧閉鎖療法         | 3 | 脱水症状に対する輸液による補正 |
|           | 4    | 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 | 5     | 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 |   |                 |
| 希望日時      | 第1希望 | _____ 月 _____ 日 ( _____ 曜日) | 午前・午後 | 時ごろ                  |   |                 |
|           | 第2希望 | _____ 月 _____ 日 ( _____ 曜日) | 午前・午後 | 時ごろ                  |   |                 |
| 同意書の取得    |      |                             | 済 ・ 未 | 本人・家族への説明            |   | 済 ・ 未           |

|                  |  |                             |                   |
|------------------|--|-----------------------------|-------------------|
| 武蔵野赤十字病院への受診歴の有無 |  | 有 ( _____ 年 _____ 月 頃 ) ・ 無 |                   |
| フリガナ             |  |                             |                   |
| 患者氏名             | (旧姓)   |                             | (男・女)             |
| 生年月日             | 大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 _____ 才) ( *小児満 _____ 才 _____ ヶ月) |                             |                   |
| 現住所              | 〒 _____  | 電話番号                        | ( _____ )         |
|                  |  |                             | ( _____ )         |
|                  |  | 緊急連絡先                       | 氏名 _____ 続柄 _____ |

以下の3点を一緒にFAX送信してください

- ① 特定行為研修を修了した看護師による専門的管理 FAX予約申込書(FAX送信票)
- ② 医師の包括的指示書
- ③ 保険証等(写)

---

※FAX受信後に担当者よりご連絡させていただきますので、ご希望の連絡方法をお教えてください

TEL (ご連絡可能な時間帯: \_\_\_\_\_ )

E-mail(アドレス: \_\_\_\_\_ )

FAX

|           |              |
|-----------|--------------|
| 貴医療機関名    | 貴訪問看護ステーション名 |
| 担当医師名     | 担当看護師名       |
| 住 所       | 住 所          |
| 電 話 番 号   | 電 話 番 号      |
| F A X 番 号 | F A X 番 号    |

16:30以降は翌日、休診日(土・日・祝日・5月1日・年末年始)は休診日明けに連絡します。  
連絡がない場合は、お手数ですが、医療連携課紹介受付までお問合せください。