

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 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。