

FAX:093-641-9645

独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院 看護部
専門・認定看護師 コンサルテーション 依頼書

本日の日付 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

相談したい専門看護師・認定看護師・診療看護師(該当する領域に☑をつけて下さい)

専門看護師

<input type="checkbox"/> がん看護	<input type="checkbox"/> 慢性疾患看護	<input type="checkbox"/> 感染症看護
-------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

認定看護師

<input type="checkbox"/> 感染管理	<input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア	<input type="checkbox"/> 救急看護
<input type="checkbox"/> 小児救急看護	<input type="checkbox"/> 集中ケア	<input type="checkbox"/> 手術看護
<input type="checkbox"/> 糖尿病看護	<input type="checkbox"/> がん化学療法看護	<input type="checkbox"/> 緩和ケア
<input type="checkbox"/> がん放射線療法看護	<input type="checkbox"/> 認知症看護	<input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害看護
<input type="checkbox"/> 慢性心不全看護	<input type="checkbox"/> 脳卒中 リハビリテーション看護	<input type="checkbox"/> クリティカルケア看護

診療看護師

相談したい内容
