

【FAX送付先】

神戸大学医学部附属病院 患者支援センター
FAX 078-382-5267

様式3
患者・家族記入用
患者・家族→訪問看護師→神戸大学病院

神戸大学医学部附属病院
緩和ケア・褥瘡ケア 専門・認定看護師訪問看護 申し込み書

フリガナ		生年月日・年齢	性別
患者氏名		明治 / 大正 / 昭和 / 平成	男 / 女
神戸大学医学部 附属病院 ID		年 月 日生・ 歳	
現住所 (訪問先)	〒		
電話番号	(自宅)	(携帯)	
訪問看護種別	緩和ケア ・ 褥瘡ケア		

上記の通り、神戸大学医学部附属病院の専門・認定看護師の訪問看護を申し込みます。

平成 年 月 日

申し込み者氏名：

患者との続柄：