

【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 4  
訪問看護師記入用  
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
利用者氏名		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)	
医療保険の 種類			
訪問看護ステーション名称	担当訪問看護師氏名		
訪問看護ステーション住所	訪問看護ステーション電話番号		

訪問看護種別	緩和ケア	・	褥瘡ケア
相談内容 (患者の状態・相談内容など)	疾患名：  患者の状況：  相談内容：		
訪問看護指示書記入医師の了解の有無	有	・	無

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

訪問看護ステーション名：  
訪問看護ステーション住所：  
訪問看護ステーション電話：  
訪問看護ステーション管理者名：  
担当看護師：