|  |  |
| --- | --- |
| **認定看護師・特定行為看護師 相談用紙** | |
| **相談日** | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| **相談希望分野** | □感染管理　　□がん化学療法　　□がん性疼痛　　□緩和ケア  □精神科　　□透析　　□糖尿病　　□皮膚・排泄ケア  □認知症　　□救急　　□摂食嚥下障害　　□手術室 |
| **相談内容** | いずれかに☑をご記入してください  □患者のケアに関すること　　□困っていること  □一般的な処置やケアに関すること　　□学習会  □その他 |
| **相談内容**  **【詳細】** |  |
| **依頼者連絡先** | 施設名  所在地  電話番号  FAX番号  担当者 |
| 上記内容を記入して頂き、下記にFAXをお送りください。  担当認定看護師より、折り返しご連絡いたします。  国民健康保険 小松市民病院 地域医療支援部　FAX：0761-22-7199 | |

国民健康保険 小松市民病院　令和2年10月作成