

菊川市立総合病院 認定看護師 相談FAX用紙

依頼日： 年 月 日

事業所名：

職種：

担当者：

認定分野（対象分野にレ点をつけて下さい）							
☐ 皮膚・排泄	☐ 緩和	☐ 感染	☐ 化学療法	☐ 認知症	☐ 糖尿病	☐ 摂食・嚥下	☐ 精神

ご相談内容 個別の患者様についてのご相談は*をご記入下さい		
* 診察券番号：	* 患者氏名：	* 生年月日：

返信方法（ご希望の返信方法にレ点と連絡先番号をご記入下さい）		
☐ TEL希望	TEL番号	
☐ FAX希望	FAX番号	

【 受付 】 菊川市立総合病院地域医療支援課

TEL:0537-35-2850 FAX:0537-35-2843