独立行政法人労働者健康安全機構　福島労災病院

地域医療連携室　同行訪問専門・認定看護師　宛

FAX：0120-126-610

■訪問看護ステーションから専門・認定看護師への情報提供書

情報提供書

記載日：令和　　年　　月　　日

利用者氏名:　　　　　　　　　　　　　　　性別（男・女）

生年月日:　　　　年　　月　　日　（　　　歳）

依頼したい専門・認定看護師　：　□皮膚・排泄ケア認定看護師　□がん看護専門看護師

解決したい課題・問題:

主病名:

経過:

同行訪問にあたって配慮すべきこと:

同行訪問希望日時

　　　　　　　　　　　独立行政法人　労働者健康安全機構　福島

施設名:

記載者名: