|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | 新規 | 継続(No　　) | 終了 |

**＊依頼の方は太枠内を記載ください。**

**AMG　専門看護師（CNS）・認定看護師（CN）コンサルテーション依頼書**

**依頼先：**依頼したいCNS・CNについて記入下さい

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名： | | | 分野： | | | 氏名： | |
| **依頼内容：**依頼者と依頼内容について記入下さい | | | | | | | |
| 依頼日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | |
| 依頼者 | 施設名： | | | TEL： | | | FAX: |
| 氏名　： | | | 職種： | | | 部署： |
| E-mail： | | | | | | |
| 患者 | 病名： | | | | | | 年齢：　　　　　歳 |
| 性別：　男　・　女 |
| 診療科： | | | 主治医への連絡があるか：　有　・無 | | | |
| 相談内容（相談に至った経過・現在の状況、ケア内容など） | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **返信内容：**依頼を受けたCNS/CNがお返事を記載します | | | | | | | |
| 受取日：　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 返信内容 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 返信日：　　　　年　　　月　　　日 | | | | | CNS/CNサイン： | | |
| 継続の有無：　有・無 | | 継続方法： | | | | | |

AMG認定看護師交流会