**専門看護師・認定看護師への相談依頼用紙**

**相談依頼施設：　　　　　　　　　　　　　相談者：**

相談希望分野に☑を入れてください。迷うときは複数の分野に☑をしてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 専門看護師 | ☐ がん看護 | ☐ 小児看護 | ☐ 精神看護 |
| ☐ 急性・重症患者看護 |  |  |
| 認定看護師 | ☐ がん化学療法看護 | ☐ 不妊症看護 | ☐ 皮膚・排泄ケア |
| ☐ 緩和ケア | ☐ 救急看護 | ☐ 感染管理 |
| ☐ がん放射線療法看護 | ☐ 集中ケアクリティカルケア | ☐ 摂食嚥下障害看護 |
| ☐ 乳がん看護 | ☐ 手術看護 | ☐ 慢性心不全看護 |
| ☐ 新生児集中ケア | ☐ 認知症看護 | ☐ 呼吸器疾患看護 |

1. 相談内容

|  |
| --- |
| ＊個人が特定されないようにご記入ください |

1. 連絡方法の希望

☐メールで返信

　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

☐電話連絡

　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

連絡可能な曜日や時間帯など

　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）