看護情報提供書

がんゲノム医療を受診するにあたり、看護師間で情報を共有したほうが良いことがあれば記載いただきますようお願いいたします。

フリガナ		生年月日	年　　月　　日
患者氏名			

記入者	氏名		所属部署	
	連絡先	電話　FAX　E-mail（いずれの方法か〇をつけ、下記に記載をしてください）		

①主治医からの病状・今後の方針などの説明内容	②病状・今後の方針についての患者・家族の認識
③その他	

NHO 岩国医療センター　R2 年 6 月 3 日