

認定看護師による同行訪問看護 依頼書

あて先 明石市立市民病院 FAX: 078-914-8918

依頼元施設	事業所名			管理者名		
	担当看護師名					
	連絡先	T E L			F A X	

患者情報	フリガナ			生年月日	大・昭・平・令	
	氏 名				年	月
	病 名			性 別		
	住 所					
	T E L				駐車スペース	無 ・ 有
	医療機関名				担当医師	
	介護保険利用の有無	無・有（ 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 ）				
	当院の受診歴の有無	無・有（ 当院診察券番号 ）				

依頼目的	<input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> ストーマ管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡ケア					
依頼内容	<input type="checkbox"/> 月 日 同行訪問の継続依頼 ※別紙添付でも可					
希望する認定看護師	希 望	認定分野				
(希望欄に○を記入してください)		緩和ケア認定看護師				
		がん化学療法看護認定看護師				
		皮膚・排泄ケア認定看護師				
希望日時	第1希望		年	月	日 ()	開始時間 :
	第2希望		年	月	日 ()	開始時間 :
移動手段	<input type="checkbox"/> 訪問看護師による送迎			<input type="checkbox"/> 利用者宅に直接訪問		
支払方法	<input type="checkbox"/> 明石市立市民病院窓口			<input type="checkbox"/> 銀行振込		

※依頼は訪問看護師からお願いします。

※対象は、在宅患者訪問看護・指導料3、同一建物居住者訪問看護・指導料3を算定可能な患者に限ります。

※依頼内容については別紙添付でも可能です。

医療保険	保険者番号			記 号			番 号		
	被保険者氏名			区 分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族				
	公費負担者番号			自己負担割合					
	公費受給者番号			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割					

※保険証のコピーを添付ください。

明石市立市民病院 電話 (078) 912-2323 (代表) FAX (078) 914-8918