

# 認定看護師同行訪問看護 依頼書

あて先 箕面市立病院 患者支援センター 地域医療室 **FAX 072-728-8475**

依頼元施設	事業所名		管理者名		
	担当看護師名				
	連絡先	TEL		FAX	

患者情報	フリガナ		生年月日	(明・大・昭・平)		
	氏名			年	月	日生
	病名		性別	女 ・ 男		
	住所					
	TEL		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)				
	当院受診歴の有無	無 ・ 有 (当院診察券番号: )				

依頼目的	<input type="checkbox"/> 褥瘡ケア <input type="checkbox"/> ストーマケア <input type="checkbox"/> がん関連の症状ケア				
依頼内容	<input type="checkbox"/> 月 日 同行訪問の継続依頼				
希望する 認定看護師 (希望欄に○ をして下さい)	希望	認定分野	曜日		
		皮膚・排泄ケア認定看護師	毎週 水曜日		
		緩和ケア認定看護師	毎週 火・木曜日		
希望日時		がん化学療法看護認定看護師	毎週 木曜日		
	第1希望	西暦 年 月 日 ( )	開始	時希望	
	第2希望	西暦 年 月 日 ( )	開始	時希望	

\*依頼は訪問看護師からお願いします。\*依頼内容については、別紙の添付でも可能です。

\*対象は、訪問看護利用者または利用予定の患者、「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」が算定可能な患者に限ります。

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"/> 0割 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割			

\*医療保険の確認のため、毎月訪問時に保険証等の提示をお願いします。

箕面市立病院 患者支援センター 地域医療室

電話 072-710-0011 (直通)