

認定看護師同行訪問 依頼書

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

患者情報	フリガナ		男・女	生年月日	(明・大・昭・平)
	氏名				年 月 日 (歳)
	住所				
	T E L				
	主治医		医療機関名		
	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	十三市民病院の診察券番号		

保険証	保険者番号	継	記号	番号	区分	有効期限
					本・家	
医療証 受給者証	公費負担番号	公費負担受給者番号			助成	有効期限
					有・無	

依頼目的	<input type="checkbox"/> 緩和ケア ・ <input type="checkbox"/> 褥瘡ケア ・ <input type="checkbox"/> ストーマ管理					
依頼内容	<input type="checkbox"/> 過去の同行訪問の継続依頼 (月 日 訪問)					
希望日時	第1希望	令和	年	月	日 ()	開始時間 (時~)
	第2希望	令和	年	月	日 ()	開始時間 (時~)
	(訪問可能日)	●緩和ケア認定看護師： 第1、2、3 水曜日 ●皮膚・排泄ケア認定看護師： 毎週 木・金曜日				(訪問時間)
						1. 9時~11時 2. 13時~16時

- 「依頼内容」欄については、別紙にてご提示頂いても構いません。
- 対象者は、「在宅患者訪問看護・指導料3」算定可能な方に限ります。

【お問い合わせ】



大阪市立十三市民病院 地域医療連携室

TEL (06) 6150-8067 (直通)