

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) | | | (訪問時間) | | |
| | ●緩和ケア認定看護師 : 第1、2、3 水曜日 | | | 1. 9時~11時 | | |
| | ●皮膚・排泄ケア認定看護師 : 毎週 木・金曜日 | | | 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)