

# 認定看護師同行訪問看護 依頼書

あて先 八尾市立病院 地域医療連携室 FAX(072)922-8167

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 才
	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 )		
	当院の受診歴の有無	無 ・ 有 ( 当院診察券患者番号: )		

依頼目的	<input type="checkbox"/> 褥瘡ケア <input type="checkbox"/> 緩和ケア		
------	---	--	--

依頼内容			
	<input type="checkbox"/> 月 日 同行訪問の継続依頼		

	希望	認定分野	曜日	開始時間
希望する 認定看護師 (希望欄に○を 記入してくだ さい)	<input type="checkbox"/>	皮膚・排泄ケア認定看護師	第1, 3 水曜日	1. 13時30分 または 2. 14時30分
	<input type="checkbox"/>	緩和ケア認定看護師	第1, 3 水曜日	
	<input type="checkbox"/>	乳がん看護認定看護師	毎週水曜日	※希望日時欄の 開始時間(1・2) に○をつけてくだ さい
	<input type="checkbox"/>	がん化学療法看護認定看護師	毎週月曜日	
希望日時	第1希望 平成 年 月 日 ( ) 開始時間( 1 ・ 2 )			
	第2希望 平成 年 月 日 ( ) 開始時間( 1 ・ 2 )			

※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 算定可能な患者に限ります。  
 ※依頼内容については、別紙の添付でも可能です。

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"/> 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コピーの提出をお願いします。

八尾市立病院 地域医療連携室  
 電話(072)922-0887(直通)