

認定看護師による同行訪問看護 依頼書

あて先 亀岡市立病院 FAX: 0771-25-7312

依頼元	事業所名			管理者名					
	担当者名								
	連絡先	TEL			FAX				
患者情報	フリガナ			生年月日	T・S・H・R				
	氏名				年	月	日生	歳	
	病名			性別					
	住所								
	TEL				ガレージ	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: 要介護:)					
	当院受診歴の有無			無 ・ 有					
依頼目的	<input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> ストマ管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡ケア								
依頼内容									
希望する 認定看護師	希望	認定分野							
		皮膚・排泄ケア認定看護師							
		がん化学療法看護認定看護師							
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"/> 亀岡市立病院窓口 <input type="checkbox"/> 京都銀行振込								
※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