

認定看護師同行訪問看護依頼書

【FAX送信および問い合わせ先】
TEL・FAX 0120-888-246
 医療法人財団 神戸海星病院 医療連携センター

記入日 年 月 日

依頼施設	事業所または施設名				
	依頼者				
	連絡先	TEL		FAX	

患者情報	フリガナ			生年月日	(明・大・昭・平)	日	歳
	氏名				年	月	日
	主な病気			性別	男	・	女
	住所						
	TEL		駐車場	有	・	無	
	担当医師		医療機関名				
	担当医師了承の有無	有 ・ 無					
	介護保険の有無	有 (要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) ・ 無					
	当院受診歴の有無	有	・	無	診察券番号		

依頼内容	(例)仙骨部褥瘡の治癒が進まないのでケア方法について相談したい					
希望日時	①	月	日 ()	時	分	頃
	②	月	日 ()	時	分	頃
	③	月	日 ()	時	分	頃
備考	同訪問看護に当たって配慮すべきこと。要望等ご記入下さい					

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				

※ 上記すべてにご記入の上神戸海星病院 地域連携センターまでFAX送信お願いします。