

## 認定看護師による同行訪問看護 依頼書

あて先 JA広島総合病院 地域医療連携室 FAX:0829-36-3160

<b>依頼元施設</b>	事業所名				管理者名			
	担当看護師名							
	連絡先	TEL				FAX		

<b>患者情報</b>	フリガナ			生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 歳		
	氏名						
	病名			性別			
	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 (当院診察券番号 )					

<b>依頼目的</b>	<input type="checkbox"/> 褥瘡ケア <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> ストーマケア						
<b>依頼内容</b>	<input type="checkbox"/> 月 日 同行訪問の継続依頼 ※別紙添付でも可能です。						
<b>希望する 認定看護師 (希望欄に○を記入してください)</b>	希 望	認定分野					
		皮膚・排泄ケア認定看護師					
		緩和ケア認定看護師					
<b>希望日時</b>	第1希望	年	月	日 ( )	開始時間	:	
	第2希望	年	月	日 ( )	開始時間	:	
<b>支払方法</b>	<input type="checkbox"/> JA広島総合病院窓口 <input type="checkbox"/> 銀行振込						

※訪問看護計画書を添付ください。

※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の添付でも可能です。

<b>医療保険</b>	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			
	公費負担者番号			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割    3割			

※保険証のコピーを添付ください。