

認定看護師在宅患者訪問看護 依頼書

記入日 年 月 日

宛先:大阪刀根山医療センター 地域ネットワークセンター FAX(06)6844-8778

依頼元施設	事業所名			
	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 歳
	主病名			
	住所			
	TEL			
	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 (当院診察券患者番号:)		

依頼内容	※該当する□にチェックをお願いします <input type="checkbox"/> 褥瘡ケア <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール <input type="checkbox"/> 症状コントロール <input type="checkbox"/> その他 (病状の経過や症状に対するこれまでの対応)			
	<input type="checkbox"/> 月 日 同行訪問の継続依頼			

<input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア認定看護師 <input type="checkbox"/> 緩和ケア認定看護師・がん性疼痛看護認定看護師	
希望日時 (平日9-16時まで)	第1希望 年 月 日 () 時 分 第2希望 年 月 日 () 時 分

注)対象は、在宅患者訪問看護・指導料3を算定可能な患者に限ります。

<当院受診歴のない患者の場合はご記入ください>

カルテを作成することに同意している(同意 ・ 反対)○をつけてください					
医療保険	保険者番号		記号:	番号:	
	被保険者名		区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	
	公費負担番号		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		

注)医療保険の確認のため、毎月訪問時に保険証のコピーの提出をお願いします。