

訪問看護指示書（専用） 申込書

申込者記入	申込日		令和 年 月 日		中東遠総合医療センター		
	患者	患者番号			生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	
		ふ り が な	(男 ・ 女)				
		氏 名					
		住 所	〒				
	連 絡 先	() — 自宅 ・ 携帯 ・ その他 ()					
	施設	住 所	〒				
		名 称					
		連 絡	() —				
		申込者・担当者氏名	(続柄)				
	選択	☐	文書郵送希望 ⇒ 封筒に住所記載 ※記載住所へ郵送				
		☐	電話連絡希望 ⇒ 電話番号記載 ※2 番文書受付で受取				
診 療 科	科		医 師 名		医師		
最終受診日	平成 ・ 令和 年 月 日		※受診がない場合は記載出来ない場合あり				
訪問看護指示書				通 150009 + 001274 (コメント用)			

※封筒預かり 有・無 ※担当医了承 済・未

今回の訪問看護	☐ 初回 / ☐ 継続
指示項目	☐ 訪問看護指示書 / ☐ 在宅患者訪問点滴注射指示書
指示期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

寝たきり度		要介護認定の状況	☐ 要介護 () / ☐ 要支援 ()
認知症の状況		利用保険	☐ 医療保険 / ☐ 介護保険
褥瘡の深さ		装着・使用医療機器等	☐ なし / ☐ あり ()
がん相談員の介入	☐ なし / ☐ あり		
予定している看護援助			

【担当者記入欄】

【受取時記入欄】

取扱者	登録日	処理日	文書料金	郵送代金	郵送連絡日	郵送連絡先	連絡方法	受取日	受取者署名	取扱者
			(入院費に含)	済 ・ 未		本人 ・ 家族 申込者 ()	自宅・携帯 お知らせ文 ()			

【お申込みに際しての留意点】

遅滞の原因になりますので、申込書は必ず全ての項目にご記入をお願いします。

＊不備等がある場合は受付出来ませんので、ご了承ください

2週間程度で発行致しますので、指示期間終了2週間前には申し込みをお願いします。

他院で指示を受けている方の継続指示の依頼時は、前回の指示書(コピー)の添付をお願いします。

他院を退院して訪問看護を利用する場合には、1ヶ月分程度を前医にて指示を受けてください。

＊患者が1回目の外来診察を行ってから記載することとなります

出来上がり文書を郵送希望の場合は、必ず住所を記載した返信用封筒をご用意ください。

お申込み方法

②番文書受付	平日8時30分から16時30分
FAX	平日8時30分から16時30分 FAX:0537-28-8916(医事課内)
郵送	〒436-8555 静岡県掛川市菖蒲ヶ池1番地の1 中東遠総合医療センター 医事課 患者相談係

ご不明な点やお問い合わせは医事課・医事係までご連絡ください。

連絡先 0537-21-5555(代表)

表面の項目に記載できない場合、こちらをご活用ください。