訪問看護指示書（専用）　申込書

中東遠総合医療センター

申込者記入					
申込日		令和　　年　　月　　日			
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				
	連絡先	（　　）　－			
	申込者・担当者氏名	（続柄）			
どちらかを選択	□	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	１５００９ ＋ ００１２７４ （コメント用）	

以下の項目もご記入ください。

※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】

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
			（入院費に含）	済 ・ 未	担当：	本人 ・ 家族 申込者 （　　）	自宅・携帯 お知らせ文 （　　）

【受取時記入欄】

受取日	受取者署名	取扱者

R7.11.1

【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なってから記載することとなります

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。