

訪問看護指示書(専用) お申込書

★マイナンバーの記載がある文書は取扱いできません。

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	大正・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	<input type="checkbox"/>	文書郵送希望 ⇒ 封筒に住所記載	※記載住所へ郵送		
		<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/> 初回 / <input type="checkbox"/> 継続
指示項目	<input type="checkbox"/> 訪問看護指示書 / <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 要介護() / <input type="checkbox"/> 要支援()
認知症の状況		褥瘡の深さ	
装着・使用医療機器等			
予定している介護援助			

【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	担当:	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、お申込み書は必ず全ての項目にご記入をお願いいたします。

* 不備等がある場合は受付出来ない場合がございますのでご了承ください。

令和2年4月から地域医療支援センター(旧・地域連携室)での受付・交付等は行っておりません。

重複や紛失の原因になりますので地域医療支援センターへのFAX等ご遠慮ください。

お申込み方法

②番文書受付	平日8時30分～16時30分
FAX	平日8時30分～16時30分
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 医事係

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。