

# 認定看護師同行訪問看護依頼書

【FAX送信および問い合わせ先】

FAX 0745-53-7188

TEL 0745-53-2901(代)内線5334

大和高田市立病院 地域医療連携センター

記入日 年 月 日

依頼施設	事業所または施設名				
	依頼者				
	連絡先	TEL		FAX	

患者情報	フリガナ				
	氏名	生年月日	( 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ) 年 月 日生 歳		
	主な病名	性別	男 ・ 女		
	住所				
	TEL	駐車スペース	なし ・ あり		
	担当医師	医療機関名			
	担当医師の了解の有無	なし ・ あり			
	介護保険の有無	なし ・ あり(要支援 1・2、要介護 1・2・3・4・5)			
	当院受診歴の有無	なし ・ あり	診察券番号		

	例) 仙骨部褥瘡の治癒が進まないため、ケア方法について相談したい。				
希望日時	①	月	日 ( )	時	分頃
	②	月	日 ( )	時	分頃
	③	月	日 ( )	時	分頃
備考	同行訪問にあたって配慮すべきこと、要望等、ご記入ください。				

保 険	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

依頼の際は、依頼書の太枠部分を記入のうえ大和高田市立病院まで1部FAXで送信をお願い致します。  
色の着いた枠内は当院地域医療連携センターから電話で確認させていただきますので、FAX送信時は無記入でかまいません。