認定看護師同行訪問看護 依頼書 様式2)

宛先:横須賀市立総合医療センター FAX:046-845-5081 (地域連携室)

			記載日:	年	月	日
依頼元施設	事業所名		管理者名			
	担当看護師名		•			
	連絡先	TEL:	FAX:			
	11_1\$_1	Ι				
患者情報	フリガナ		生年月日		召・平・令	
	氏名			年 月	日生	歳
	主病名		性 別	男	· 女	5
	住所	〒 横須賀	是市	田丁		
	11年7月	丁目 番 号				
	TEL	() -	同行訪問時の駐 車スペース	有	· 無	
	訪問看護指示書の発行元(医療機関名):					
	当院診察券番号:					
	当院診察券番号	:				
	当院診察券番号	:				
依頼目的	当院診察券番号	: □ 褥瘡ケア	□ストーマグ	アア		
	当院診察券番号		□ストーマケ	アア		
依頼目的依頼内容	当院診察券番号		ロストーマケ	アア		
依頼内容 ※依頼は訪	問看護師からお		宅患者訪問看護・排	旨導料3、同		住者
依頼内容 ※依頼は訪	·問看護師からお 指導料 3 算定	□ 褥瘡ケア	宅患者訪問看護・抗依頼内容は、別紙で	指導料3、同 でも可能です		住者
依頼内容 ※依頼は訪	·問看護師からお 指導料 3 算定	□ 褥瘡ケア 頭いします。対象は、在 可能な患者に限ります。	宅患者訪問看護・抗依頼内容は、別紙で	指導料3、同 でも可能です		住者
依頼内容 ※依頼は訪 訪問看護・	問看護師からお 指導料3 算定	□ 褥瘡ケア 頭いします。対象は、在 可能な患者に限ります。	宅患者訪問看護・指依頼内容は、別紙で	指導料3、同 でも可能です -^) ~ 番号:		住者
依頼内容 ※依頼は訪	問看護師からお 指導料3 算定 ~ 保険者番号	□ 褥瘡ケア 願いします。対象は、在 可能な患者に限ります。 以下は病院側で記入	宅患者訪問看護・指 依頼内容は、別紙で (当日確認します 記号: 区分: □本	指導料3、同 でも可能です -^) ~ 番号:	。 — マ族	住者

※医療保険の確認のため、毎月訪問時に保険証、当院診察券番号の確認をいたします。

横須賀市立総合医療センター 皮膚・排泄ケア認定看護師:角和恵

電話:0570-032630(代)