

【FAX送信先】

三田市民病院 地域医療連携室

FAX 079-565-8015

三田市民病院 認定看護師訪問看護 申込書

依頼施設	事業所又は施設名			
	住所	〒	-	
	連絡先			
	管理者		担当訪問看護師	

患者情報	フリガナ		生年月日	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男
	利用者氏名			( 歳 )		<input type="checkbox"/> 女
	現住所 (訪問先)	〒	-		(自宅)	
	・駐車スペース		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		電話番号	(携帯番号)
	三田市民病院 受診歴の有無		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	三田市民病院 診察券番号(ID)	ID	
	医療機関名			担当医師		
	主な病名			担当医師了解の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

訪問看護種別	褥瘡ケア
相談内容(患者の状態・相談内容など)	患者の状況・状態:(下記のセルへ入力してください)
相談内容:(下記のセルへ入力してください)	
希望日時 ①	年 月 日 ( ) 時 分頃
②	年 月 日 ( ) 時 分頃
※希望日で訪問出来ない場合、訪問日の参考としますので、いずれか希望曜日にチェックを入れてください。(複数選択可)	
【 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 】	
その他	※同行訪問にあたって配慮すべきこと、要望等、自由にご記入ください(下記のセルへ入力してください)

地域医療連携室 → 認定看護師	
認定看護師 → 医事課	保険情報の登録 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 ( )
(訪問日: 年 月 日 時 分)	保険証の写し(訪問日) <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 ( )

・依頼書作成の際は、依頼書の太枠部分をご記入の上、三田市民病院まで1部FAXをお願いいたします。

・色の着いた枠内は当院記入欄です(無記入でかまいません)。

・下記に該当する場合、依頼書受理後に電話で確認させていただく場合もあります。ご了承願います。

①直近で当院の受診歴が無い患者様(保険情報の確認等) ②現在の状況等について確認事項がある患者様