

在宅患者訪問看護・指導料を活用した共同訪問申込書

申込日 年 月 日

患者さんの同意のもと、ご連絡・派遣申込書を送ります。よろしくお願いします。

依頼先	FAX (058)382-9853		依頼元名			
	東海中央病院 メディカルサポートセンター		医師名			
	直通Tel (058-382-2251)		電話番号		F A X	
患者 基本情報	氏名				性別	男・女
	生年月日					
	居住地					
	電話番号	☎				
請求先	氏名					
	住所					
	電話番号	☎				
最終 診察日	年 月 日					
派遣希望	☐	緩和ケア専門研修を受けた看護師の派遣希望				
	☐	褥瘡ケア専門研修を受けた看護師の派遣希望				
	☐	人工肛門及び人工膀胱ケア専門研修を受けた看護師の派遣希望				
希望理由 (指導内容等)						
希望 年月日	☐	希望なし				
	☐	第 1 希 望	年	月	日	午前 ☐ 午後 ☐
	☐	第 2 希 望	年	月	日	午前 ☐ 午後 ☐
派遣先	場所					
	〒					
	Tel					
必要な 添付書類	☐	医療保険証の写し				
	☐	医療費受給者証の写し				
	☐	訪問看護・指導計画書の写し				
	☐	患者・家族の同意書の写し				