［様式３　認定看護師同行訪問依頼書］

認定看護師による同行訪問看護　依頼書

宛先：公立学校共済組合　中国中央病院 　Fax ：084-972-8843

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 依頼元施設 | 事業所名 |  | | 管理者名 |  |
| 担当看護師名 |  | | | |
| 連絡先 | TEL |  | FAX |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者情報 | フリガナ |  | | 生年月日 | | 大　昭　平　令 | |
| 氏名 |  | | 年　月　日生　　歳 | |
| 病名 |  | | 性別 | |  | |
| 住所 |  | | | | | |
| TEL |  | | 駐車スペース | | 無　　・　　有 | |
| 医療機関名 |  | | 担当医師 | | |  |
| 介護保険利用の有無 | | 無　・　有　（要支援１・２　要介護　１・２・３・４・５） | | | | |
| 医療証の有無 | | 無　・　有　（　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 当院受診歴の有無 | | 無　・　有　（ID） | | | | |
| 同行訪問同意書の記入 | | * 有　※訪問当日に認定看護師へ提出してください | | | | |
| 主治医情報  （指示書発行医師） | | 医療機関名 | |  | | |
| 医師名 | |  | | |
| 住所 〒 | | | | |
| 電話　　　　　　　　　　　Fax | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 依頼目的 | □緩和ケア　　　　　　　　□褥瘡ケア　　　　　　　　□ストーマケア | |
| 依頼内容 | * 月　　　日（同行訪問の継続依頼） | |
| 希望する　　認定看護師　　　（希望欄に〇を記入してください） | 希望 | 認定分野 |
|  | 緩和ケア認定看護師 |
|  | 皮膚・排泄ケア認定看護師 |
| 希望日時 | 第１希望　　　年　　　月　　　日（　　）　　開始時間　　　　：  　　　第２希望　　　年　　　月　　　日（　　）　　開始時間　　　　： | |
| 主治医許可 | □無　　　　　　　　　　　　　□有 | |
| 支払い方法 | □病院で支払い　　　　　　　　□銀行振込 | |

※上記内容を記入しFaxを送付してください。

※訪問当日に必要書類

　□「在宅患者同行訪問看護に関する同意書：様式１」 原本

□「認定看護師同行訪問看護依頼書：様式２」 原本

□ 保険証・医療証のコピー