【様式1】

水戸赤十字病院　認定看護師同行訪問　依頼用紙

下記の□に✔や空欄をご記入の上、FAXを送信して下さい。

≪依頼元の訪問看護ステーションに関する情報≫

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 担当者名 |  |
| 住　所 |  | 電話番号 |  |

≪訪問希望の患者に関する情報≫

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | 生年月日・年齢 | | | | 性別 |
| 利用者氏名 | |  | | 大正・昭和・平成  　　年　　月　　日生（　　）歳 | | | | 男・女 |
| 現住所  （訪問先） | |  | | | | | | |
| 水戸赤十字病院　診察券番号（お持ちの方） | | | |  | | | | |
| 医療保険 | 保険者番号 | |  | 記号 |  | 番号 |  | |
| 被保険者氏名 | |  | 区分 | □本人　　□家族 | | | |
| 公費負担者番号 | |  | 自己負担割合  □0割　　□1割　　□2割　　□3割 | | | | |
| 公費受給者番号 | |  |
| 訪問希望日① | | 月　　　日（　　　）　　午前・午後　　　　時　　　分頃 | | | | | | |
| 訪問希望日② | | 月　　　日（　　　）　　午前・午後　　　　時　　　分頃 | | | | | | |
| 訪問希望日③ | | 月　　　日（　　　）　　午前・午後　　　　時　　　分頃 | | | | | | |

≪同行訪問看護の依頼内容≫

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼したい認定看護師  □皮膚・排泄ケア認定看護師 | |
| 疾患名、患者の状況、問題となっていること、相談したいことなど | |
| 同行訪問にあたって配慮すべきこと | |
| 主治医の了承あり：□ | 専門の看護師がケアに係る説明・同意あり【様式2】：□ |

**上記の通り、水戸赤十字病院の認定看護師に同行訪問を申し込みます。**

水戸赤十字病院　訪問看護室

〒310-0011

茨城県水戸市三の丸3-12-48

電話：029-221-5177

FAX：029-233-9238

　　　　　　年　　　　月　　　日

事業所名：

管理者氏名：