

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	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	
	公費負担者番号		自己負担割合			
	公費受給者番号		<input type="checkbox"/> 0割	<input type="checkbox"/> 1割	<input type="checkbox"/> 2割	<input type="checkbox"/> 3割
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 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 専門の看護師がケアに係る説明・同意あり【様式 2】： <input type="checkbox"/>

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。

年 月 日

事業所名： _____

管理者氏名： _____

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