

認定看護師同行訪問 依頼書

申し込み先 大垣市民病院 庶務課 FAX 0584-75-5715

1. 依頼元訪問看護ステーション

事業所名		管理者名	
担当看護師名			
連絡先	TEL	FAX	

2. 患者情報

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令
氏名			月 日生 歳
病名		性別	☐ 男性 ☐ 女性
住所			
TEL		駐車スペース	☐ 無 ☐ 有
緊急連絡先			
医療機関名		担当医師	
意思確認 (確認済 ☒)	☐ 利用者・家族が同行訪問を承諾している ☐ 同行訪問にかかる医療費の支払いを承諾している ☐ 受診歴がない場合や患者 ID が不明の場合は、訪問前に家族等が病院に来院して、マイナ保険証（暗証番号が必要）や資格確認証等を提示し、診療カルテ作成することを承諾している ☐ 担当医より同意を得ている ☐ （公費受給者の場合）公費適応 ☐ 有 ☐ 無		
介護保険利用	☐ 無 ☐ 有（要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5）		
当院受診歴	☐ 無 ☐ 有（患者 ID ）		

3. 依頼内容

依頼目的	☐ 褥瘡ケア ☐ ストーマケア
依頼内容	現状 ケア内容 相談内容

※訪問当日の必要書類

- ☐ 認定看護師同行訪問についての同意書の写し ☐ 認定看護師同行訪問 依頼書の写し
- ☐ 受給書証の写し（公費受給者証、自己負担額管理票、限度額認定証など）
- ☐ 訪問看護指示書の写し