

●訪問看護指示依頼書●

札幌共立五輪橋病院 医事課 宛

〒005-0802 札幌市南区川沿2条1丁目2番54号

TEL: (011)571-8221 FAX: (011)571-7405

以下の患者について訪問看護指示書の作成を依頼いたします。

患者氏名	ID:
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
主治医	診療科:

依頼する指示書の種別・指示期間

<input type="checkbox"/> 訪問看護指示書	年 月 日 ~ 年 月 日 ※ 退院(<input type="checkbox"/> 当日・ <input type="checkbox"/> 翌日)から ()か月間を希望
<input type="checkbox"/> 訪問看護特別指示書	年 月 日 ~ 年 月 日 ※ 退院(<input type="checkbox"/> 当日・ <input type="checkbox"/> 翌日)から ()週間を希望

指示内容

<input type="checkbox"/> 継続:前回と同じ指示内容でよい
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続:指示内容に変更あり
*新規依頼・変更理由
*指導上の留意事項に記載を希望する内容
訪問看護指示書の発行および費用の支払いに関して、 <input type="checkbox"/> 患者または患者の代理人(続柄:)の同意をとりました。

※ 発行にあたり、下記の費用が発生します。

訪問看護指示料300点(特別訪問看護指示加算100点、衛生材料等提供加算80点)

お支払い方法の指定がない場合は、次回受診時にお支払いいただくこととなります。

※ 保険証の確認が取れていない場合は、患者さまへ自費請求となりますので、ご注意ください。

【訪問看護事業所名】

事業所名	
住所	〒 -
TEL/FAX	TEL : FAX :
送付方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> FAX送付 <input type="checkbox"/> その他() *郵送を選択された場合は、返信用切手を貼付した返信用封筒を同封してください。

【連絡欄】 *訪問看護事業所以外からのご依頼の場合は、依頼者名・連絡先もご記入ください。

--

※ ご依頼理由や最終来院日などにより発行できない場合もございます。

★ 作成には1週間から10日ほどお時間をいただいております。お急ぎの場合は別途ご相談ください。