訪問看護指示依頼書

筑後市立病院　院長　様

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 |  |
| 生 年 月 日 | 大正・昭和・平成　　　年　　　　月　　　　日（　　　歳） |
| 主　治　医 | 診療科（　　　　　　科）　医師名（　　　　　　　　　　医師） |
| 最終来院日（推定可） |  |

|  |
| --- |
| 依 頼 す る 指 示 書 の 種 別 ・ 指 示 期 間 |
| * 訪問看護指示書
 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| * 訪問看護特別指示書
 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 依　頼　内　容 |
| * 継続（前回と同じ指示内容でよい）
 |
| * 新規または継続（内容に変更あり） ※以下に依頼内容をご記載お願いします。
 |

【依頼者記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 施 設 名 |  |
| 住　　所　　　　　 | 〒 |
| 電 話 番 号 |  |
| 依 頼 者 名 |  |
| 【患者記載欄】 |
| 患 者 同 意 | 上記の者が私に代わり訪問看護指示書を申し込む事に同意します。また、訪問看護指示料の一部負担金を病院窓口にて支払します。氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　（患者が署名できない場合）代 理 人 （続柄）　　　　　 |

※保険証等を一か月以内に提出していない方は確認が必要となります。

保険証等の確認が取れない場合は、患者さんに自費請求となりますので、ご了承下さい。

※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