

訪問看護指示書等作成依頼書

申請者 (施設名・担当者等)	施設名：		
	住 所：		
	TEL：		担当者：
作成依頼指示書 (要チェック)	☐ 訪問看護指示書 ☐ 在宅患者訪問点滴注射指示書 ☐ 訪問リハビリテーション指示書 ☐ 特別訪問看護指示書 (* ☐ 新規 • ☐ 継続)		
患者氏名	様 ID(当院記入)：		
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年	月 日
住 所	〒 _____		
主治医			
指示期間	令和	年	月 日 ~ 令和 年 月 日
訪問目的			
指示内容			
訪問時留意事項	(* 特に観察が必要な場合に記載)		
作成後受け渡し方法 (要チェック)	☐ 郵送(申請者住所) ☐ 申請者来院(総合受付での受領) ☐ その他： _____		
患者受診予定	☐ 有：令和 年 月 日 ☐ 無 ☐ 不明		

* 必要事項をご記入いただき、総合受付へのご持参、若しくは医事課への FAX(0556-22-3884) 又は郵送にてお申し込み下さい。

* 指示書等の作成には 2 週間程度の期日を要します。

* 指示書には文書料等が発生いたしますので、申請者様から患者様にその旨をお伝え下さい。

* 在宅患者訪問点滴注射指示書の場合は、実施後点滴注射の終了日等を外来会計へご連絡下さい。