

認定看護師同行訪問看護 依頼書

依頼施設	施設名				
	依頼者				
	連絡先	TEL		FAX	

患者背景	フリガナ				
	氏名		生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日生 才	
	病名		性別	男 ・ 女	
	住所				
	TEL		駐車スペース	無 ・ 有	
	担当医師		医療機関名		
	介護保険の有無	無 ・ 有 (要支援1・2、要介護1・2・3・4・5)			
	当院の受診歴の有無	無 ・ 有			

依頼目的	<input type="checkbox"/> 褥瘡ケア <input type="checkbox"/> ストーマケア
依頼内容	
希望日時	① 月 日 () 時 分頃 ② 月 日 () 時 分頃

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			
看護部長印						

医療法人藤井会
 香芝喜病院 地域医療連携室
 電話 (0745)44-8005(直通)
 FAX (0745)71-8120

藤井会 香芝生喜病院長

認定看護師同行訪問看護についての同意書

香芝生喜病院の専門性の高い看護師（皮膚・排泄ケア認定看護師）へ訪問看護師との同行を依頼します。なお依頼にあたっては「認定看護師同行訪問看護についての説明書」の記載事項を理解し、認定看護師の同行訪問を受けることに同意します。

令和 年 月 日（説明日）

説明訪問看護師氏名：_____

私は、認定看護師同行訪問看護について説明を受け、同意しました。

平成 年 月 日

患者ご本人氏名（署名）：_____

代筆者（署名）：_____ 続柄：_____

- ※この同意は、患者ご本人の意思でいつでも撤回できます。
- ※「患者ご本人氏名」欄は患者ご自身が署名ください。
- ※患者ご本人の署名が難しい場合はご家族の代筆をお願いします。
- ※ご家族の代筆ができない場合は患者の意思を十分確認の上、説明訪問看護師の代筆でも可とします。