

訪問看護指示書依頼票

年 月 日

菊南病院

先生

以下患者様の訪問看護指示書の作成をお願いいたします。

記

患者氏名		生年月日	年 月 日生
------	--	------	--------

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
<input type="checkbox"/> 特別訪問看護指示書	年 月 日～ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 点滴注射指示	年 月 日～ 年 月 日

特記事項

傷病名に「がん末期」の記載をお願いします

リハビリ介入あり → 医療保険 介護保険

*リハビリ介入ありの場合は、留意事項及び指示事項Ⅱ-1、リハビリテーションの項目にも記入をお願いします

理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 1日あたり () 分を週 () 回

留意事項：

要介護度： 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 なし

*菊南病院初診の方、または他科受診がある場合はお薬手帳のコピーを添付してください

その他：

受け取り方法

<input type="checkbox"/> 窓口受け取り	<input type="checkbox"/> 下記事業所へ郵送
---------------------------------	-----------------------------------

事業所名	
郵便番号/住所	〒
電話番号	
FAX番号	

*必要事項をご記入の上、郵送またはFAX送信をお願いします。

*郵送での返却をご希望の方は、患者様お一人につき1枚返信用封筒及び切手を同封したうえでお申し込みください。

*作成には日数を要しますのでご了承ください。

菊南病院 〒861-5517熊本市北区鶴羽田3丁目1番53号

TEL：096-344-1711 FAX:096-344-1726