

訪問看護指示書 作成依頼書

依頼元施設名 担当者	TEL 担当者：
患者氏名	様（ふりがな： ）
生年月日	大正・昭和 年 月 日（ 歳）
介護認定の状況	要支援（ 1 ・ 2 ） 要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）
依頼内容	<p>1 理学療法士・作業療法士・言語療法士が行う訪問看護 1日あたり（ ）分を週（ ）回</p> <p><input type="checkbox"/>その他（ ）</p> <p>※上記の記載をお願いします。</p> <p>2 褥瘡の処置等</p> <p>3 装着・医療機器等の操作援助・管理</p> <p>4 その他(清潔保持、状態確認等)</p>
依頼診療科	科
医師名	医師
指示期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日
特別訪問看護指示書	有（令和 年 月 日） ・ 無
貴ステーションからの コメント、要望等	

【記載についての注意事項】

- ・ 指示期間終了前までに作成依頼書を当院に郵送してください。
- ・ 『訪問看護指示書 作成依頼書』は田中病院ホームページからダウンロードしてください。
- ・ 訪問看護指示書を依頼される場合、①『訪問看護指示書 作成依頼書』（本書）に必要事項を記載し、②『訪問看護指示書』、以上2点を同封し、田中病院地域医療連携室まで郵送してください。
- ・ 外来担当医によっては、週1回、2週間に1回、月1回の診療で、非常勤の医師も在籍しております。ホームページ等でご確認の上、指示期間に遅滞なく訪問看護指示書の依頼をお願いいたします。

≪田中病院 記載欄≫

- ・ 依頼書到着日： 月 日 ・ 担当医依頼日： 月 日 ・ 担当医記載日： 月 日
- ・ 投函日： 月 日