令和　　年　　月　　日

医療法人純徳会　田中病院

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 | 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□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※上記の記載をお願いします。1. 褥瘡の処置等
2. 装着・医療機器等の操作援助・管理
3. その他(清潔保持、状態確認等)
 |
| 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