

# 訪問看護依頼書

平成 年 月 日

|         |
|---------|
| 御依頼者氏名: |
| 御社名:    |
| 電話番号:   |
| FAX番号:  |



|  |
|--|
| 岩国市医療センター医師会病院                               |
| 外来:訪問看護                                      |
| 電話番号: 0827-28-6411(直通)<br>0827-21-3211(病院代表) |
| FAX番号: 0827-21-3420                          |

当院の訪問看護サービスを希望される場合は、太枠内をご記入いただき、FAXで送信してください。

尚、個人情報保護の為、お名前は、住所は一部のみの記載でもかまいません。

|          |         |                                     |               |   |   |   |    |
|----------|---------|-------------------------------------|---------------|---|---|---|----|
| 利用者概要    | 氏名      | 様 男・女                               |               |   |   |   |    |
|          | 生年月日    | 明・大・昭・平                             | 年             | 月 | 日 | ( | 歳) |
|          | 住所      | 〒                                   |               |   |   |   |    |
|          | 電話番号    |                                     |               |   |   |   |    |
|          | 医療機関名   |                                     | 居宅介護<br>支援事業所 |   |   |   |    |
|          | 主治医     |                                     | ケア<br>マネージャー  |   |   |   |    |
|          | 医療機関連絡先 |                                     | 連絡先           |   |   |   |    |
|          | 病状・病名   |                                     |               |   |   |   |    |
|          | 要介護区分   | 申請中・区変中・要支援( 1・2 ) 要介護( 1・2・3・4・5 ) |               |   |   |   |    |
| 訪問看護依頼内容 |         | 希望訪問頻度・曜日・時間                        |               |   |   |   |    |
|          |         | 特別管理加算 有・無<br>内容 ( )                |               |   |   |   |    |

お申込みありがとうございました。近日中に担当者よりご連絡いたします

\*ご希望の曜日・時間に添えない場合もございます。  
後日相談の上決めさせていただきますことをご了承ください