

【在宅医療指示書 依頼書】

いつも大変お世話になっております。太枠内をご記入の上、甲南医療センター 患者サポートセンター宛にお送りください。

- ☆「継続発行」は指示書有効期限の最終月の8日までにFAXまたは郵送でお送りください。
 ☆「新規発行」・「終了連絡」はその都度FAXまたは郵送でお送りください。

| | | | | | |
|-----|---|---|---|----|-----|
| 依頼日 | 年 | 月 | 日 | ** | ID: |
|-----|---|---|---|----|-----|

| | | | |
|---------------|--|-------------------------------|-------------------------------|
| 依頼内容 | <input type="checkbox"/> 新規発行 | <input type="checkbox"/> 継続発行 | <input type="checkbox"/> 終了連絡 |
| 依頼診療科 | 科 | 主治医 | 医師 |
| ふりがな 患者様氏名 | 様 | 生年月日 | 年 月 日()歳 |
| 住所 | 〒 - | | |
| 電話番号 | - - | | |
| 寝たきり度 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 | | |
| 認知症の状況 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M | | |
| 要介護認定の状況 | 申請中 , 要支援 : 1 2 , 要介護 : 1 2 3 4 5 | | |
| 指示書様式 | <input type="checkbox"/> 訪問看護指示書 <input type="checkbox"/> 特別訪問看護指示書 <input type="checkbox"/> 在宅患者訪問点滴注射指示書 <input type="checkbox"/> 患者情報提供書(薬剤) <input type="checkbox"/> 介護職員等喀痰吸引等指示書 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書(リハビリ) <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 指示期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日迄 <input type="checkbox"/> 1回のみ <input type="checkbox"/> 継続予定 | | |
| 訪問看護 目的・内容 | | | |

依頼元

| | |
|------------|----------------|
| 事業所名 | |
| 住所 | 〒 - |
| 電話番号 | - - |
| FAX番号 | - - |
| ご担当者様氏名 | 様 |
| 居宅介護支援事業所名 | 担当ケアマネージャー()様 |

連絡事項

| |
|--|
| |
|--|