

訪問看護指示書等申込書

依頼日： 年 月 日

申込者		訪問看護 事業所名	
関係	本人 家族() 訪問看護 その他()		
電話番号	() -	事業所TEL	() -

患者様情報			
診察券番号			
患者氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
主治医	診療科	科	医師

訪問看護指示書等の種別・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	<input type="checkbox"/> 特別看護指示期間	年 月 日 ~	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 点滴注射指示期間(※)	年 月 日 ~	年 月 日
<input type="checkbox"/> 精神科訪問看護指示書		年 月 日 ~	年 月 日
<input type="checkbox"/> 精神科特別訪問看護指示書	<input type="checkbox"/> 特別看護指示期間	年 月 日 ~	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 点滴注射指示期間	年 月 日 ~	年 月 日

※点滴注射指示期間については1週間毎の指示書になるため、数週間分指示書が必要なときは下の申込み内容の枠に期間を書いてください。

申込み内容
<input type="checkbox"/> 新規または継続(内容に変更あり) <input type="checkbox"/> 継続(前回の同じ指示内容でよい)
<input type="checkbox"/> リハビリ介入あり(<input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 介護保険) <input type="checkbox"/> リハビリ介入なし
<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 1日あたり()分 週()回
【以下に申込み内容をご記入ください。】

※病院処理欄		終了後
Yahgee受付入力	未・済	<input type="checkbox"/> 受付 <input type="checkbox"/> ストレスケア <input type="checkbox"/> その他()
代行者	()	受け取り方法
チェック	()	<input type="checkbox"/> 窓口 受領
スキャン処理者	()	<input type="checkbox"/> 郵送(返信用封筒 あり・なし → 送付 /) ()

【申込み、依頼先】

〒880-0041 宮崎市池内町数太木1749-1

社会医療法人 同心会 古賀総合病院 地域医療連携室

TEL:0985-39-8952

2024年12月地域医療連携室

訪問看護指示書等申込書

依頼日： 〇年 〇月 〇日

申込者	宮崎 一郎	訪問看護 事業所名	訪問看護ステーション〇〇〇〇
関係	本人 家族() 訪問看護 その他()	事業所TEL	(〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇
電話番号	(〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇		

患者様情報			
診察券番号	123456		
患者氏名	古賀 花子	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 〇年 〇月 〇日
主治医※分かれれば記入	診療科	〇〇 科	〇〇 医師

訪問看護指示書等の種別・指示期間		※チェック、日付記載	
<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	<input type="checkbox"/> 特別看護指示期間	年 月 日 ~	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 点滴注射指示期間(※)	年 月 日 ~	年 月 日
<input type="checkbox"/> 精神科訪問看護指示書		年 月 日 ~	年 月 日
<input type="checkbox"/> 精神科特別訪問看護指示書	<input type="checkbox"/> 特別看護指示期間	年 月 日 ~	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 点滴注射指示期間	年 月 日 ~	年 月 日

※点滴注射指示期間については1週間毎の指示書になるため、数週間分指示書が必要なときは下の申込み内容の枠に期間を書いてください。

申込み内容	※チェック
<input type="checkbox"/> 新規または継続(内容に変更あり)	<input type="checkbox"/> 継続(前回の同じ指示内容でよい)
<input type="checkbox"/> リハビリ介入あり(<input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 介護保険)	<input type="checkbox"/> リハビリ介入なし
<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士	1日あたり()分 週()回
【以下に申込み内容をご記入ください。】	
・必要事項記入(何もなければ不要)	

※病院処理欄		終了後	
Yahgee受付入力	未・済	<input type="checkbox"/> 受付	<input type="checkbox"/> ストレスケア <input type="checkbox"/> その他()
代行者	()	受け取り方法	
チェック	()	<input type="checkbox"/> 窓口	受領
スキャン処理者	()	<input type="checkbox"/> 郵送(返信用封筒 あり・なし → 送付 /)	()

【申込み、依頼先】

〒880-0041 宮崎市池内町数太木1749-1

社会医療法人 同心会 古賀総合病院 地域医療連携室

TEL:0985-39-8952

2024年12月地域医療連携室