

認定看護師、特定行為研修終了看護師 同行訪問 依頼票

依頼施設	施設名			
	依頼者			
	連絡先	TEL	FAX	

患者背景	フリガナ			生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日 生 才
	氏名			
	病名		性別	男 · 女
	住所			
	TEL		駐車スペース	無 · 有
	担当医師		医療機関名	
	介護保険の有無	無 · 有 (要支援1・2、要介護1・2・3・4・5)		
当院の受診歴の有無	無 · 有			

依頼目的	<input type="checkbox"/> 褥瘡ケア <input type="checkbox"/> ストーマケア <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> その他
依頼内容	
希望日時	① 月 日 () 時 分 頃 ② 月 日 () 時 分 頃

保険	保険者番号		記号		番号	
	被保険者氏名		区分	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	
	公費負担者番号		自己負担割合			
	公費受給者番号		<input type="checkbox"/> 0割	<input type="checkbox"/> 1割	<input type="checkbox"/> 2割	<input type="checkbox"/> 3割

大阪みなと中央病院 地域医療連携室
 〒552-0003 大阪市港区磯路1-7-1
 専用電話(06)6572-6711 専用FAX(06)6572-6713