

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