2022.10

様式1　同行訪問（依頼書）

**認定看護師による同行訪問看護　依頼書**

宛先：獨協医科大学埼玉医療センター　看護部

Fax ：048-967-4666（総合患者支援センター医療連携部門）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **依頼元施設** | 事業所名 |  | 管理者名 |  |
| 担当看護師名 |  |
| 連絡先 | TEL |  | FAX |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者****情報** | フリガナ |  | 生年月日 | 大・昭・平・令 |
| 氏名 |  | 　　年　　月　　日生　　　　　歳 |
| 病名 |  | 性別 |  |
| 住所 |  |
| TEL |  | 駐車スペース | 　　無　　・　有 |
| 緊急連絡先（家族など） |
| 医療機関名 |  | 担当医師 |  |
| 意思確認（確認済☑） | □患者・家族が同行訪問を承諾している　　　□電子カルテ作成を承諾している□担当医より了解を得ている　　　　　　　　　　　　　　（受診歴のない場合）□（公費受給者の場合）公費適応の　有　・　無 |
| 介護保険利用の有無 | 無　・　有（要支援1・２　要介護1・2・3・4・5） |
| 当院受診の有無 | 無　・　有（当院登録番号　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| **依頼目的** | **□褥瘡ケア　　　　　　　　　　□緩和ケア　　　　　　　　　　□ストーマケア** |
| **依頼内容** | □過去に利用有り |
| **希望日時** | 第１希望　　　年　　　月　　　日（　　）　開始時間　　：　　　頃～第２希望　　　年　　　月　　　日（　　）　開始時間　　：　　　頃～ |
| **支払方法** | □病院で支払い　　　　　　　　　　□ 銀行振込　　　 |

※上記内容（個人情報は無記入）を記入しFAXを送付ください。担当者より折り返し連絡させて頂きます。

※対象は、在宅患者訪問看護・指導料3を算定可能な方に限ります。

※訪問当日の必要書類

□様式1・３

□保険証（公費受給者証、自己負担額管理表、限度額認定証など）の複写

□訪問看護計画書

［後日］□訪問看護報告書（同行訪問終了後、後日郵送ください）