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　：048-940-1658（総合患者支援センター在宅医療部門）

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

□資格確認証（公費受給者証、自己負担額管理票、限度額認定証など）の複写

□訪問看護計画書

※マイナンバーをお持ちで資格確認証がない場合は事業所で登録している保険者番号・記号番号が分かる画面を印刷したものでも可。

［後日］□訪問看護報告書（同行訪問終了後、後日郵送ください）