

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 <input checked="" type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/> 患者・家族が同行訪問を承諾している <input type="checkbox"/> 電子カルテ作成を承諾している <input type="checkbox"/> 担当医より了解を得ている <input type="checkbox"/> （公費受給者の場合）公費適応の 有 ・ 無		(受診歴のない場合)
	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	<input type="checkbox"/> 褥瘡ケア	<input type="checkbox"/> 緩和ケア	<input type="checkbox"/> ストーマケア
依頼内容	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 病院で支払い <input type="checkbox"/> 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いただきます。

※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）