

天草地域医療センター 認定看護師同行訪問 依頼書

年 月 日

依頼施設	事業所名			
	管理者名		担当看護師	
	TEL		FAX	

患者情報	フリガナ		男・女	生年月日	(明・大・昭・平・令)	
	氏名				年 月 日 (歳)	
	住所					
	TEL					
	医療機関名		主治医		同行訪問 了承	☐ 済
	介護保険利用の有無	無・有 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)				
	天草地域医療センター 受診有無	無・有・不明		天草地域医療センター診察券番号		

保険情報	保険者番号		公費番号	
	記号			
	番号		福祉医療	
一部負担金の割合		☐ 1割 ・ ☐ 2割 ・ ☐ 3割		

依頼目的		☐ 褥瘡ケア ☐ ストーマ（人工肛門・人工膀胱）ケア	
依頼内容			
希望日時	第1希望：	年 月 日 () 時 分	(訪問可能日) 火・水曜日 10:00~16:00
	第2希望：	年 月 日 () 時 分	

※「依頼内容」欄は、別紙でご提示いただいてもかまいません。

※対象者は「在宅患者訪問看護・指導料3」算定可能な方に限ります。

【お問い合わせ】天草地域医療センター 地域医療連携センター TEL0969-24-4125