|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **看護部長** | **人事課** | **医事課** |
|  |  |  |

**【同行訪問（在宅患者訪問看護・指導料3）申込書】**

記入者：

|  |
| --- |
| **利用者名：**　　　　　　　　　　**診察番号（もしくは生年月日）：** |
| **利用者連絡先：**　ご本人　　　その他（お名前：　　　　　　　　　関係：　　　） |
| **住所：**　**電話（日中連絡が取れる番号）：** |
| **同行訪問目的：**□悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア　　□褥瘡　　□ストーマ相談内容（簡単にご記入ください）： |
| **【集金方法】**□窓口での支払い　　（来院可能時期：　　　　　頃）□振込　　　　　　　　　□訪問時現金支払い（他の手段での支払いが困難な場合のみ） |
| **【訪問看護ステーションについて】****訪問看護ステーション名：****担当者名：**　　　　　　　　　　　**希望日時：**　月　　日（　　）　　時～**交通手段及び最寄駅：**　　　　　　線　　　　　　　　　駅　　徒歩　　　分駅からの道順訪問看護ステーションとの待ち合わせ希望場所□訪問看護ステーション　　　　　　　　　　　□患者宅前　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）訪問希望日時（第３希望までお書きください）第1希望　　月　　日（　）　　　時ごろ第2希望　　月　　日（　）　　　時ごろ第3希望　　月　　日（　）　　　時ごろ |

＜病院側記載欄＞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受領日 |  | 受領者 |  | 担当者 |  | 担当者許可 |  | 書類準備 |  |