訪問看護等指示書依頼票

　　　　　年　　月　　日

科　　　　　先生

以下の患者様の訪問看護等指示書の作成をお願いいたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**新規・継続**（九州大学病院ID：　　　　　　　） |
| 生年月日 | T/S/H/R　　　　年　　　月　　　日　（　　　歳） |

|  |
| --- |
| 依頼する指示書の種別・指示期間 |
| □訪問看護指示書 | R　　年　　月　　日～R　　年　　月　　日 |
| □特別訪問看護指示書 | R　　年　　月　　日～R　　年　　月　　日 |
| □訪問リハビリテーション指示書 | R　　年　　月　　日～R　　年　　月　　日 |
| □精神科訪問看護指示書 | R　　年　　月　　日～R　　年　　月　　日　 |
| □精神科特別訪問看護指示書 | R　　年　　月　　日～R　　年　　月　　日 |
| 普通指示書特記事項 |
| □傷病名に「がん末期」の記載をお願いいたします。□傷病名に「　　　　　　　　　」の記載をお願いいたします。□リハビリ介入あり（□医療保険　□介護保険）※留意事項及び指示事項Ⅱ-1．リハビリテーションの項目にも記入をお願いします。※□理学療法士　□作業療法士　□言語聴覚士　１日あたり(　　)分を週(　　)回その他 |
| 精神科指示書特記事項 |
| □複数名訪問あり（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）その他 |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名/管理者名 |  |
| 郵便番号/住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |

**※送付先：〒812-8582　福岡県福岡市東区馬出3-1-1　九州大学病院　医療連携センター**

**「訪問看護等指示書依頼票在中」**