

訪問看護指示書 申込用紙

新規 ・ 継続

申込日: R 年 月 日

患者名		生年月日	大・昭・平 年 月 日
ID		主治医	科 Dr
事業所名	電話:		
受取方法	窓 口 ・ 郵 送 ※郵送希望の際は下記枠に宛先などを記載の上、申込お願いします		
指示期間	R 年 月 日 ~ R 年 月 日		
保険種類	☐ 介護保険(要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5) ☐ 医療保険 傷病名:		
衛生材料の有無	☐ 有 ・ ☐ 無 ※医療保険の場合、対象となる傷病名の記載をお願いします		
☐ 特別訪問看護指示書		期間: R 年 月 日 ~ 月 日	
☐ 在宅患者訪問点滴注射指示書(新規 ・ 継続)		期間: R 年 月 日 ~ 月 日	
訪問目的			
備考	※必須項目等ある場合、必ず記載してください。		

鳥取市立病院 地域医療総合支援センター
患者サポートセンター 地域連携係

..... キリトリ

郵送を希望される際は、下記へ必要事項の記載をお願いします
記載ない場合は窓口交付と致します

〒 680-8501
鳥取県鳥取市的場 1 丁目 1 番地

鳥取市立病院
地域医療総合支援センター
患者サポートセンター 地域連携係 行

訪問看護指示書申込用紙在中

〒 (郵便番号)
(住所)

(宛先)

御中

訪問看護指示書在中

記載が困難な場合や所定の封筒があれば、宛先が記入された返信用封筒をご準備・ご持参いただいても構いません