認定看護師同行訪問看護　依頼書

依頼日　　年　　月　　日

依頼施設	施設名				
	依頼者				
	連絡先	TEL		FAX	

患者背景	フリガナ		生年月日	年　月　日生　歳
	氏名			
	病名		性別	男　・　女
	住所			
	TEL		駐車場	無　・　有
	担当医師		担当医療機関名	
	介護保険の有無	無　・　有　（要支援Ⅰ・Ⅱ・要介護Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ）		
	当院受診歴の有無	無　・　有		

依頼分野		□緩和ケア　□がん化学療法　□がん性疼痛　□皮膚・排泄ケア
依頼内容		
希望日時	第一希望	月　日（　）　時　分頃
	第二希望	月　日（　）　時　分頃

保険	保険者番号		記号		番号	
	被保険者氏名		区分	□ 本人　□ 家族		
	公費負担者番号		自己負担割合			
	公費受給者番号		□0割　□1割　□2割　□3割			

神戸中央病院　地域連携室
〒651-1145　神戸市北区惣山町2丁目1-1
TEL:078-594-2211(病院代表)　地域連携室長
FAX:078-596-6301