**がん看護専門看護師同行訪問看護　依頼書**

**あて先　松阪市民病院訪問看護ステーション　FAX：**0598-21-8165

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **依頼元施設** | **事業所名** |  | | | | |
| **担当看護師名** |  | | **管理者名** | |  |
| **連絡先** | **TEL** |  | | **FAX** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者情報** | **フリガナ** |  | | **生年月日** | | | **（　大　・　昭　・　平　）**  **年　　　月　　　日生　　　　歳** | | | |
| **氏名** |  | |
| **病名** |  | | | | **性別** | | **男　　・　　女** | | |
| **住所** |  | | | | | | | | |
| **TEL** |  | | | **駐車スペース** | | | | | **無　　・　　有** |
| **医療機関名** |  | | | **担当医師** | | | |  | |
| **当院の受診歴の有無** | | **無・有　（当院診察券患者番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | | | | | | |
| **介護保険利用の有無** | | **無・有　（要支援　1　・　2　　要介護　1　・　2　・　3　・　4　・　5　）** | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **依頼目的** | **□緩和ケア** | |
| **依頼内容** | **□　疼痛コントロール**  **□　症状マネジメント** | |
| **内容** | |
| **希望日時** | **第１希望　令和　　　年　　　月　　　日　（　　）　　開始時間** |
| **第２希望　令和　　　年　　　月　　　日　（　　）　　開始時間** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医療保険** | **保険者番号** |  | **記号** |  | **番号** |  |
| **非保険者氏名** |  | **区分** | * **本人　　□　家族** | | |
| **公費負担者番号** |  | **自己負担割合**   * **０割　　□　１割　　□　２割　　□　3割** | | | |
| **公費受給者番号** |  |