年 　　月　　 日

岩手医科大学附属内丸メディカルセンター

センター長　様

施設名

代表者

担当者

専門・認定看護師による同行訪問依頼

このたび、当訪問看護ステーション看護師ともに同行訪問し、利用者の

処置・ケアの計画策定および指導等をお願いします。

記

１．同行訪問者： 訪問看護ステーション 看護師：

２．同行目的：

３．訪問日時： 　年 　月　 日（　）　　時～

４．その他：貴施設においては在宅患者訪問看護・指導料3を算定できます。

以上