**在宅患者訪問看護依頼書兼FAX予約申込書（FAX送信票）**

申込日　　　　　年　　　　月　　　　日

**岩手医科大学附属内丸メディカルセンター　行**

**FAX：019－622-7701**　　　　TEL：019-613-6111（内線2392）

※予約受付時間8：30～17：00

|  |
| --- |
| **依　頼　内　容** |
| 専門・認定看護師による同行訪問をお願いします。　　　□　褥瘡ケア　　　□　ストマケア |
| 主たる病名 |
| 依頼内容をお書きください。（患者の病態、医師からの訪問指導の指示内容など記載してください。） |
| 主治医・指示医 |  | 連絡先 | 住所：電話番号 |
| **予　約　申　込** |
| 希望日 | 第1希望　　　　　　月　　　日（　　　曜日）午前・午後　　　　時ごろ | 第２希望　　　　　　月　　　日（　　　曜日）午前・午後　　　　時ごろ |
| 訪問看護ステーション名担当看護師 | 住　　所電話番号FAX番号 |  |
| 下記についてチェックをお願いします。□訪問看護指示医へ、同行訪問の同意を得ています。□本人・ご家族より、同行訪問の同意を得ています |

|  |
| --- |
| **岩手医科大学附属内丸メディカルセンターへの受診歴**　　　有（　　　　　年　　　月頃）　　・　　無 |
| フリガナ |  |
| 患者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（旧姓）　　　　　　　　　　（　男・女　） |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和　　　　年　　　月　　　日（満　　　才） |
| 現住所 | 〒　　　― | 電話番号 | 　　　　（　　　　） |
| 世帯主 | 　　　　（世帯主との続柄） |
| **保険情報（保険証等（写）をFAXしていただければ記載不要です）** |
| 主保険 | 保険者番号 |  | （　本　人　　・　　家　族　）該当する方に〇印を付けてください |
| 記　号 |  | 番号 |  |
| 後期高齢 | 市町村番号 |  | 負担割合 | 　　　　割 |
| 受給者番号 |  |
| 公費 | 負担者番号 |  | 有効期限 | 　　　　年　　　月　　日より　　　　年　　　月　　日まで |
| 受給者番号 |  |
| 備考 |

※予約受付手続き後、担当看護師が日程調整の連絡をします。