

訪問看護指示書等依頼書

※ 該当する口にチェックを入れてください。

☐ 新規 ☐ 繼續

医療機関名 尾道市立市民病院 事業所名

診療科	担当者
-----	-----

主治医名 _____ 連絡先 TEL _____

患者氏名

生年月日 明・大・昭・平 () 歳

性別 男 • 女

☐ 訪問看護指示書

☐ ケアカンファレンス （ 開催 ・ コメント ）

□ その他 ()

・訪問看護指示期間
(年 月 日 ~ 年 月 日)

・リハビリテーション
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて
1日あたり 20・40・60・（ ）分を週（ ）回
（注：介護保険の訪問看護を行う場合に記載）

問い合わせ事項などありましたらご記入ください。

お受け取り方法 ☐ 来院 ☐ 郵送

医事課 (中央受付)

問合せ先 尾道市立市民病院 地域医療連携室
TEL 代表 0848-47-1155