訪問看護指示事前確認書（[ ] 新規・[ ] 継続）

　　　　　年　　　月　　　日

山梨県立中央病院　　　　　　　　科　　　　　　　先生 御侍史

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 患者氏名 |  |
| 生年月日 | 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令　　　　　 年　　　月　　　日 |
| 性別 | 男　・　女 |
| 要介護認定の状況 | 無 ・ 申請中 ・要支援（ 1・2 ）・ 要介護（ 1・2・3・4・5 ） |

|  |
| --- |
| 希望する指示書の種別・指示開始期間 |
| [ ] 訪問看護指示書（最長6ヶ月）　（[ ] 点滴注射指示も） | 　　　年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日　～　　 |
| [ ] 特別訪問看護指示書（最長2週間）　（[ ] 点滴注射指示も） | 　　　年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日　～　　 |
| [ ] 精神科訪問看護指示書（最長6ヶ月）[ ] 精神科特別訪問看護指示書（最長2週間） | 　　　年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日　～　　 |
| 特記事項 |
| [ ] 患者の状態により「がん末期」の記載が必要[ ] リハビリ介入あり（[ ] 医療保険　[ ] 介護保険）※[ ] 理学療法士 [ ] 作業療法士 [ ] 言語聴覚士　1日あたり(　　　)分を週(　　　)回[ ] 他の訪問看護ステーションへの指示　無 ・ 有 ：訪問看護ステーション名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ] たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示　無 ・ 有 ：訪問介護事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ] その他（訪問看護介入目的など） |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 郵便番号/住所 | 〒 |
| 電話番号/FAX番号 |  |