

依頼日 年 月 日

訪問看護指示書作成依頼書

☐新規 ☐継続

- ☐ 訪問看護指示書
- ☐ 精神科訪問看護指示書
- ☐ 特別訪問看護指示書
- ☐ 精神科特別訪問看護指示書

診療科・主治医名	科 医師
診察券番号	
フリガナ	
患者氏名	
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
患者住所	〒 - 電話番号
指示期間	年 月 日 ~ 年 月 日
依頼内容 (医師への伝達事項)	<input type="checkbox"/> 前回の指示から変更なし
	<input type="checkbox"/>
	〈リハビリテーション〉 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 1日あたり( )分、 週( )回

【依頼事業所】

施設名	
施設住所	〒 - 電話番号
ご担当者	

必要書類

(①または②のいずれかをお願いします。保険情報の確認ができない場合は自費での請求となります。)

- ☐ ①マイナンバーカード表面のコピー＋資格情報のお知らせのコピー（両方）
- ☐ ②資格確認書のコピー
- ☐ ご依頼者（ご担当者）の名刺のコピー
- ☐ 返信用封筒

※注意事項

文書料金について（患者さんへお伝えください）  
・2か月以内の受診予約あり：次回受診時のお支払い  
⇒指示書作成次第発送いたします。  
・2か月以内の受診予約なし：振込でのお支払い（振込手数料別）  
⇒入金確認後に文書を発送いたします。  
自己負担上限額管理票について  
自己負担上限額の確認のため、担当者よりお電話をさせていただきます。  
正確な請求事務のため、ご協力のほどお願い申し上げます。

なお、ご不明な点などがございましたら、お手数ですがお電話にてお問い合わせください。