

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
 特別訪問看護指示書

- 精神科訪問看護指示書
 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
 収信用封筒

※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。