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
要介護認定の状況	なし　要支援（　1　　2　）　要介護（　1　　2　　3　　4　　5　）
指示期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日
依頼内容 （医師への伝達事項）	□　前回の指示から変更なし
	□
	〈リハビリテーション〉 □ 理学療法士　　□ 作業療法士　　□ 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	〒　　ー 電話番号
ご担当者	

【必要書類】　□ 訪問看護指示書作成依頼書
□ ご依頼者（ご担当者）の名刺のコピー
□ 返信用封筒

【注意事項】　新規で訪問看護を利用される患者さんの場合は、主治医へ指示書作成の
ご確認をお願いします。

【文書料金について】
患者さんへお伝え下さい

◆2か月以内の受診予約あり：次回受診時にお支払いをお願いします。
⇒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）をお願いします。
⇒入金確認後に指示書を発送いたします。

【郵送先】　〒807-8556　北九州市八幡西区医生ケ丘１番１号
TEL（代表）　（093）603-1611
産業医科大学病院　医師事務支援課