



横浜市立市民病院

訪問看護指示書  
申込書

連絡事項	処理印	郵送	TEL	TEL	文書
	/	/	済・不在	済・不在	/

主治医事前連絡 有・無

年 月 日 申込

- 訪問看護指示書（継続）  
 特別訪問看護指示書（継続）  
 精神訪問看護指示書（継続）

フリガナ 患者氏名 (NAME)※	性別 男・女	主治医	科 医師
生年月日	明・大 昭・平・令	年 月 日(年齢 歳)	カルテ番号
患者住所	〒 ー 電話番号 ( )		
指示期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
施設名	担当者氏名:		
施設住所	〒 ー 電話番号 ( )		
郵送先住所	〒 ー 電話番号 ( ) <input type="checkbox"/> 施設住所と同様		
依 頼 内 容			
<input type="checkbox"/> 前回の指示から変更なし <input type="checkbox"/> 下記の通り変更あり  リハビリテーション <input type="checkbox"/> 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)			

受け取り 方法	来院	施設郵送
書類作成済 の連絡方法 (来院受け取り の方のみ)	ご希望の連絡方法に○をしてください。 不要 ・ 要	
電話番号	(連絡希望時間帯: 時~ 時)	

作成には申請を受理してから2~3週間程度お時間をいただきます。  
 作成済のご連絡は、平日の8時30分から17時までの間とっております。  
 料金は1通0~3000円になります。次回来院時、患者さんに請求させていただきますのでお支払いください。

コスト	: 済 ・ 未 ( ) 円)	受付担当者	
他科診断書申込:	有 ・ 無 ( ) 科)	受領年月日	年 月 日
PSC担当者:	内線:	受領確認 (サイン)	続柄( )