

訪問看護ステーション各位

いつもお世話になっております。当院医師の訪問看護指示書が必要な際、こちらの「依頼書」にご記入いただき、FAX075-711-2250までお送り下さい。訪問看護指示料の一部負担金は患者様ご本人へ請求させていただきます。指示書は、作成出来次第、ご記入頂いた送付先へ郵送させていただきます。お問い合わせはいわくら病院医事課（075-711-2173）までお願い致します。

送信先FAX：075-711-2250

(いわくら病院 医事課宛)

送信日 _____年____月____日

送信者様

いわくら病院宛 訪問看護指示書 依頼書

患者様お名前：^(ふりがな) _____様

生年月日 _____：西暦・T・S・H・R _____年____月____日

指示期間

西暦 _____年____月____日～_____年____月____日

種別_(口にチェックをお願いします)

精神科訪問看護 訪問看護(精神科ではない)

特記事項 特別訪問看護指示書が必要

指示書送付先 ※指示書が作成でき次第、下記へご郵送させていただきます。

事業所・ご担当者 _____様

ご住所 _____

ご連絡先 TEL _____ /FAX _____