

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。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

患者様氏名

様

指示期間

_____ 年 ____ 月 ____ 日 ~ _____ 年 ____ 月 ____ 日

種別 (どちらかにチェック✓)

精神科訪問看護

訪問看護 (精神科でない)

特記事項

特別訪問看護指示書が必要な場合は✓チェック

指示書の送付先

※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。

事業所名 _____ 様

ご住所 〒 _____

ご連絡先 TEL _____

FAX _____