**認定看護師同行訪問　依頼書**

**宛先：豊橋市民病院　入退院支援センター　　　　FAX：0532-33-6230**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申込日** | **年　　　　月　　　　日** | | | | | | | | |
| **在宅主治医の了承** | | **済　・　未** | | **同行訪問の説明と同意** | | **済　・　未** | | | |
| **在宅医療機関名** | |  | | **在宅主治医名** | |  | | | |
| **依頼目的** | □**褥瘡**  □**ストーマ** | | | | | | | | |
| **依頼内容** | **病名：**  **依頼内容：** | | | | | | | | |
| **患者情報** | **ふりがな** | |  | **性別** | **男　・　女** | | | | |
| **氏名** | |  | **生年月日** | **明治・大正・昭和・平成・令和**  **年　　月　　日　　　歳** | | | | |
| **住所** | | **〒　　　　-** | | | | | | |
| **電話番号** | |  | **駐車スペース** | **有　・　無** | | | | |
| **介護保険利用の有無** | | **無　・　有**  **（要支援　1　・　2　　要介護　1　・　2　・　3　・　4　・　5　）** | | | | | | |
| **豊橋市民病院の受診歴の有無** | | **無　・　有**  **（当院診察券登録番号：　　　　　　　　　　　　　）** | | | | | | |
| **医療保険** | **保険者番号** | |  | **記号** |  | | **番号** | |  |
| **被保険者氏名** | |  |  | **枝番号** | | |  | |
| **公費の名称** | | **子・障・母・生・難・他（　　）** | **区分** | * **本人**□**家族** | | | | |
| **公費負担者番号** | |  | **自己負担割合** | * **0割**□**1割** * **2割**□**3割** | | | | |
| **公費受給者番号** | |  |
| **依頼元施設** | **事業所名** | |  | | | | | | |
| **担当看護師名** | |  | | | | | | |
| **電話番号** | |  | **FAX番号** |  | | | | |