

在宅患者訪問看護FAX予約申込書（FAX送信票）

申込日 年 月 日

杏林大学医学部付属病院 患者支援センター(入退院支援) 行

FAX: 0422-44-0706

※予約受付時間 8:30~17:00

予 約 内 容										
必要な 看護	褥瘡ケア ・ 人工肛門ケア ・ 人工膀胱ケア ※必要な看護に○をつけてください。									
希望日時	第1希望	月	日	(曜日)	主治医・指示医					
		午前 ・ 午後	時	ごろ	連絡先					
	第2希望	月	日	(曜日)	住所					
		午前 ・ 午後	時	ごろ	電話番号					
主たる病名										
依頼内容をお書き下さい。										
						本人・家族へ同行訪問についての説明				
						済 ・ 未				
杏林大学病院への受診歴の有無 有 (年 月 頃) ・ 無										
フリガナ										
患者氏名	(旧姓) (男 ・ 女)									
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	(満 才) (*小児満 才 ヶ月)					
現住所	〒 -				電話番号	()				
					世帯主	世帯主との続柄				
保険情報(保険証等(写)をFAXいただければ記載不要です)										
主保険	保険者番号								(本 人 ・ 家 族)	
	記 号				番 号	該当する方に○印を付けてください				
後期高齢	市町村番号	3	9						負担割合	割
	受給者番号									
公 費	負担者番号								有効期限	年 月 日 より
	受給者番号									年 月 日 迄
担当看護師名 住 所 電 話 番 号 F A X 番 号										

※予約受付手続き後、担当看護師が日程調整の連絡をします。

17時以降は翌日、休診日(日・祝日・11月11日・年末年始)は休診日明けに連絡します。

連絡がない場合は、お手数ですが、患者支援センター(入退院支援)までお問合せください。