

# 在宅患者訪問看護FAX予約申込書（FAX送信票）

申込日 年 月 日

武蔵野赤十字病院 医療連携課紹介受付 行

FAX:0422-32-5135

TEL:0422-32-3111（内線7518）

※予約受付時間 8:30~16:30

予 約 内 容						
必要な 看護	1	緩和ケア	3	マンマケア	5	人工肛門・人工膀胱
	2	褥瘡ケア	4	化学療法		
希望日時	第1希望		月	日( 曜日)	主治医・指示医	
	午前・午後		時 ころ		連絡先	
	第2希望		月	日( 曜日)	住 所	
	午前・午後		時 ころ		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

武蔵野赤十字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	大正・昭和・平成・令和	年	月	日(満 才 )( *小児満 才 ヶ月)	
現住所	〒	—	電話番号	( )	
			( )		
			緊急連絡先	氏名	続柄

## 保険情報

オンラインによる同行訪問 ⇒ 費用算定不可のため保険証等(写)の提出は不要

患者宅に同行訪問 ⇒ 費用算定可能のため保険証等(写)をFAXにて提出

貴ステーション名

担当看護師名

住 所

電 話 番 号

FAX番号

メールアドレス

16:30以降は翌日、休診日(土・日・祝日・5月1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、医療連携課紹介受付までお問合せください。

オンライン同行訪問はzoomを使用いたします。その場合には、zoom招待メールを記載されているアドレスにお送りいたします。