

在宅患者訪問看護FAX予約申込書（FAX送信表）

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

宗像医師会病院 看護部 今井 行

FAX：0940-37-0016

※予約受付時間 8:30～15:00

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	第一希望	月 _____ 日 (_____ 曜日)	主治医・指示医
		午前 _____ 午後 _____	連絡先
	第二希望	月 _____ 日 (_____ 曜日)	住所
		午前 _____ 午後 _____	電話番号
主たる病名			
依頼内容をお書きください			
			本人・家族への同行訪問について説明
			済・未

宗像医師会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)		
現住所	〒 _____		電話番号	(_____)	
			世帯主:	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							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 _____ 迄
貴ステーション名									
担当看護師									
住所									
電話番号									
FAX番号									

※15時以降は翌日、休診日（日・祝日・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、宗像医師会病院今井までお問い合わせください。