

# 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 _____ 時頃  | 連絡先               |
|              | 第二希望                                | 月 _____ 日 ( _____ 曜日) | 住所                |
|              |                                     | 午前 _____ 午後 _____ 時頃  | 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    |  |  |  | 該当する方に○印を付けてください |  |  |  |  |
| 後期高齢     | 市町村番号 |  |  |  |                  |  |  |  |  |
|          | 受給者番号 |  |  |  |                  |  |  |  |  |
| 公費       | 負担者番号 |  |  |  |                  |  |  |  |  |
|          | 受給者番号 |  |  |  |                  |  |  |  |  |
| 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。