

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			主治医・指示医	
	月 日（ 曜日）		連絡先		
	午前 ・ 午後 時 ごろ		住所		
	第2希望			電話番号	
月 日（ 曜日）		午前 ・ 午後 時 ごろ			

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 <hr/> 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 ⇒ 費用算定可能なため保険証等(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