

新規・継続訪問看護指示書等依頼用<FAX送信票>

令和 年 月 日

医療機関名 磐田市立総合病院

診療科 _____

主治医名 _____

事業者名 _____

氏 名 _____

連絡先 TEL _____

返送先 FAX _____

患者氏名 _____

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)

性 別 男・女

訪問看護指示書

特別訪問看護指示書

在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書にチェックを入れてください。

・ 訪問（特別）看護指示期間

(令和 年 月 日～ 年 月 日)

・ 点滴注射指示期間

(令和 年 月 日～ 年 月 日)

・ 訪問リハビリ（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士） 分/日 回/週

問い合わせ事項などありましたらご記入ください。

送信先 磐田市立総合病院 地域医療連携室

FAX 0538-38-5246