

## 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      T E L

返送先      F A X

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

☐ 精神科訪問看護指示書

※該当する指示書にチェックを入れてください。

・ 訪問（特別・精神科）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