

## **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。