

訪問看護指示書記入依頼書

☐新規 ☐継続

依頼日 年 月 日

- ☐訪問看護指示書 ☐特別訪問看護指示書
- ☐精神科訪問看護指示書 ☐精神科特別訪問看護指示書
- ☐訪問リハビリテーション指示書（診療情報提供書）

① 診療科・主治医名	科 医師	
② 診察券番号		
フリガナ		
③ 患者氏名		
④ 生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	
⑤ 指示期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
⑥ 要介護認定	非該当 要支援（ 1 2 ） 要介護（ 1 2 3 4 5 ） 申請中	
⑦ 日常生活自立度	寝たきり度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
	認知症の状況	なし I II a II b III a III b IV M
⑧ 依頼内容 （特に医師に伝えたい事）	新規の場合 ☐ 訪問看護指示書作成について _____ 医師にFAX・その他（ _____ ）で了承確認済	
	継続の場合 ☐ 前回作成分と内容に変更なし	

【依頼者】

施設名		
施設住所	〒 電話番号 FAX番号	
依頼者名		

《訪問看護事業書担当の方へ》

※ 必要事項をご記入の上、FAXしてください。（郵送不要）

神戸大学医学部附属病院 患者支援センター地域連携部門
〒650-0017神戸市中央区楠町7丁目5-2
TEL：（０７８）３８２－６６２７
FAX：（０７８）３８２－５２６７

訪問看護指示書記入依頼書

☒訪問看護指示書

☐精神科訪問看護指示書 ☐精神科特別訪問看護指示書

☐訪問リハビリテーション指示書（診療情報提供書）

☐

☐新規 ☒継続

新規の場合は、必要内容が あれば⑥に記載してください。

依頼日 2025/2/28

見 本

① 診療科・主治医名	〇〇〇〇 科 〇〇 医師
② 診察券番号	10101010
フリガナ	コウベ タロウ
③ 患者氏名	神戸 太郎
④ 生年月日	大正・昭和・平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
⑤ 指示期間	年 月 日 ~ 年 月 日
⑥ 要介護認定	非該当 要支援（ 1 2 ） 要介護（ 1 2 3 4 5 ） 申請中
⑦ 日常生活自立度	寝たきり度 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症の状況 なし I IIa IIb IIIa IIIb IV M
⑧ 依頼内容 （特に医師に伝えたい事）	①主たる傷病名に 〇〇〇〇 と記入希望します。 ②リハビリテーションの介入が必要です。 ③〇月〇日受診時に〇〇先生に指示書作成の了解を得ています。 ④〇月〇日FAX連絡票にて〇〇先生に指示書作成の了解を得ています。 など チェック必須です

【依頼者】

施設名	●●訪問看護ステーション
施設住所	〒000 -0000 電話番号 000-000-0000 FAX番号 000-000-0000 〇〇市〇〇123-12
依頼者名	神戸 花子

《訪問看護事業書担当の方へ》

※ 必要事項をご記入の上、FAXしてください。（郵送不要）

神戸大学医学部附属病院 患者支援センター地域連携部門
〒650-0017神戸市中央区楠町7丁目5-2
TEL：（０７８）３８２－６６２７
FAX：（０７８）３８２－５２６７