

認定看護師在宅訪問依頼書

近畿中央呼吸器センター院長 殿

下記の理由にて貴院の認定看護師の同行訪問を希望します

1. 症状のマネジメント
2. 抗がん剤の副作用の対処
3. 真皮を超える褥瘡の管理指導
4. 人工肛門もしくは人工膀胱の管理指導
5. その他

訪問希望日： 年 月 日

患者氏名： 生年月日： 年 月 日

訪問先住所：

診療費請求先氏名：

診療費請求先住所：

訪問看護ステーション名

担当者：

連絡先：

※保険証のコピーを添えて提出してください