

訪問看護指示書 作成依頼書

TO: 大阪国際がんセンター 入退院支援センター

FAX 06-6945-1780(入退院支援センター直通)

以下記入後、FAXにてご返信ください。指定の様式がある場合は一緒に送付してください。

患者氏名	生年月日	年	月	日
診療科	医師名			
訪問看護の開始日	年	月	日	
※特記してほしい文言があれば下記に記入ください。 病名にがん末期の記載希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし リハビリ介入 分/週 回 <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> ST その他 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin-left: 20px;"></div>				
指示書	〒			
送付先 (貴施設 連絡先)	〒			
	電話番号	-	-	
	FAX 番号	-	-	

FAX 到着確認後、手続きを開始し数日以内に郵送いたします。