在宅患者訪問看護FAX予約申込書（FAX送信表）

申込日　　年　　月　　日

宗像医師会病院　看護部　今井　行
FAX：0940－37－0016
※予約受付時間 8 :30～15：00

予　約　内　容			
必要な看護	褥瘡ケア・人工肛門ケア・人工膀胱ケア　※必要な看護に〇をつけてください		
希望日時	第一希望　　月　　日（　　曜日）	主治医・指示医	
	午前　・　午後　　時頃	連絡先	
	第二希望　　月　　日（　　曜日）	住所	
	午前　・　午後　　時頃	電話番号	
主たる病名			
依頼内容をお書きください		本人・家族への同行訪問について説明	
		済　・　未	

宗像医師会病院への受診歴の有無	有（　　年　　月　頃　　）		無
フリガナ			
患者氏名	旧姓（　　（男・女）		
生年月日	明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日	満（　　才）	
現住所	〒　　－	電話番号　　（　　）	
		世帯主:　　続柄（　　）	

保険情報（保険証等（写）を直接ご持参いただければ記載不要です）

主保険	保険者番号	本人　・　家族 該当する方に〇印を付けてください	
	記号　　番号		
後期高齢	市町村番号	負担割合	割
	受給者番号		
公費	負担者番号	有効期限	年　月　日より
	受給者番号		年　月　日　迄
貴ステーション名 担当看護師 住所 電話番号 FAX番号			

※15時以降は翌日、休診日（日・祝日・年末年始）は休診日明けに連絡します。
　連絡がない場合は、お手数ですが、宗像医師会病院今井までお問い合わせください。