

認定看護師同行訪問看護説明書

在宅で療養をされている利用者様で、床ずれやストーマがあって在宅での療養にお困りの方に対して、訪問看護師と同じ日に訪問し、専門的な看護ケアを直接ご自宅で提供することにより、治りにくい床ずれや、管理が困難なストーマの状況改善を目指します。

1. 依頼方法

- 訪問看護ステーションが、訪問看護指示医に同行訪問の了承を得ます。
- 訪問看護ステーションが、クローバーホスピタルのホームページより依頼票『認定看護師同行訪問看護依頼書』をダウンロードし、記入後 FAX で送信してください。
- 担当者の皮膚排泄ケア認定看護師は、依頼内容を確認し、訪問看護ステーションと日程調整し同行訪問を行います。
- 初回の同行訪問時には、保険証の写真を撮らせていただきます。

2. 同行訪問の交通費

無料

3. 利用料について

1) 医療保険の区分による負担となります。

基本料 12,850 円

一割負担の場合 1,290 円、二割負担の場合2,570円、三割負担の場合3,860 円。

2) 支払方法

2つの方法のうちいずれかを選択できます。

① 銀行振り込み

➤訪問後、1週間以内に指定口座にお振込みください。振込名義は、利用者様本人の氏名でおねがいします。

➤振込手数料は利用者様負担となります。

➤振込先

別途ご連絡いたします。

② 当院窓口での支払い

➤訪問後、ご自宅に郵送される「請求書」をクローバーホスピタルご持参いただき、会計窓口でお支払いください。

2019年10月25日作成

FAX宛先:0466-55-3012

認定看護師同行訪問看護依頼書

依頼施設	施設名			
	依頼者			
	連絡先	TEL	FAX	
		EMAIL		

患者背景	フリガナ			
	氏名		生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日生 才
	病名		性別	男 ・ 女
	住所			
	TEL		駐車スペース	無 ・ 有
	担当医師		医療機関名	
	介護保険の有無	無 ・ 有 (要支援1・2、要介護1・2・3・4・5)		
	当院の受診歴の有無	無 ・ 有		
	支払方法	()クローバーホスピタル窓口でのお支払い ()振り込み用紙でのお支払い		

依頼項目	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 消化器系ストーマ <input type="checkbox"/> 尿路系ストーマ <input type="checkbox"/> その他
依頼内容	
希望日時	① 月 日 () 時 分頃 ② 月 日 () 時 分頃

保険	保険者番号		記号		番号	
	被保険者氏名		区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		
	公費負担者番号		自己負担割合			
	公費受給者番号		<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割			

医療法人篠原湘南クリニック クローバーホスピタル
〒251-0025 藤沢市鶴沼石上3-3-6
電話0466-22-7111 FAX 0466-55-3012