

受付日

受付番号

**訪問看護指示書 郵送申込文書受付票**

担当

※以下の項目をご確認の上☑いただき、太枠の中をご記入ください。

- 郵便物到着後交付までに1カ月程お時間を頂いております。混雑時は更に待ち時間が長くなる場合があります。
- 半年以上受診来院されていない場合、作成不可となります。
- 医師の判断により、記入できない場合があります。

ID 番号	当院で記入します	事業所名 所在地 〒番号 (ゴム印)
フリガナ		
患者氏名		
生年月日		
受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送 ※返信封筒としてA4用紙が3つ折りに入るサイズ(長3)以上の封筒に宛名・住所を記入し、発送時と同額以上の切手貼付の上同封して下さい。	

○書類種別 ※詳細もご記入ください。

書類種別	料金	枚数	詳細
<input type="checkbox"/> 訪問看護指示書	保険請求		指示期間 年 月 日～ 年 月 日
連絡事項（指示内容の指定等）があればご記入下さい。(別紙添付可) <b>※新規または当院初回記入の場合は委任状が必要です。</b>			

依頼郵送・問い合わせ先

国立循環器病研究センター 医事室 文書係

〒564-8565

吹田市岸部新町6番1号

ナビダイヤル ☎ 0570-012-545 (平日9時～17時)

**※センターや医師宛に郵送されますと確認がとれず、処理が遅れる場合があります。**  
**必ず文書係宛にお送りいただきますようお願いいたします。**

※以下は文書係が記入します。

依頼医師	処理担当者	処理日
処理方法	／ 窓口 ・ 郵送 ・ 病棟	スキャン

# 委任状

年 月 日

国立循環器病研究センター 御中

患者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所 \_\_\_\_\_

本人以外の同意者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所 \_\_\_\_\_

患者本人が署名出来ない理由 \_\_\_\_\_

私(患者)は、以下の者を代理人と定め、訪問看護指示書の申込み及び受領に関する一切の権限を委任します。

事業所名

所在地

電話番号 \_\_\_\_\_

以上

※代理人の身分証明書(免許証・保険証等)コピーを添付してください。

※代理人が保険会社や訪問看護ステーション等の事業所の場合は事業所のゴム印を押印ください。

この場合、代理人の個人名・生年月日・身分証明書コピーは不要です。