

訪問看護要否意見書

1 新規 2 継続(単・併)	※ 受 年 月 日	年 月 日			
※(利用者氏名) ()		に係る 年 月 日からの看護の要否について 意見を求めます。 令和 年 月 日 久留米市福祉事務所長			



主たる病名		※生年月日	
		訪問看護 開始年月日	年 月 日
病状・治療状態 (改善の見込み等)			
訪問看護 見込期間	か月	訪問看護 見込回数 (1週当たり)	1 1回 4 4回以上 2 2回 5 その他 3 3回 (週当たり 回)
実施が適当と思われ る訪問看護事業者	所在地 名 称		
上記のとおり訪問看護を(1 要する 2 要しない)と認めます。 久留米市福祉事務所長 様 年 月 日 指定医療機関の所在地及び名称 指定医療機関の長又は開設者氏名			
※福祉事務所 嘱託医意見	1 訪問看護の要否(ア 要する イ 要しない) 2 訪問看護見込期間(か月) 3 訪問看護見込回数(1週当たり 回(週当たり 回)) 4 参考意見 年 月 日 嘱託医 印		

※印の欄は福祉事務所で記入します。