

精神科訪問看護に関する届出書

奈良県精神保健福祉センター所長 殿

※ この届出書は、自立支援医療受給者（受給見込者含む）に精神科訪問看護の指示があった場合、訪問看護ステーションにおいて作成し、提出するものです。

フリガナ		生年月日	年	月	日		
氏名			(歳)			
住所							
訪問看護指示 医療機関							
主治医氏名							
訪問看護 指示期間	年	月	日	から	年	月	日まで
主たる傷病名							
<p>上記医療機関（主治医）の指示にもとづき、自立支援医療受給者（受給見込者含む）の精神科訪問看護を実施します。</p> <p>年 月 日</p> <p>訪問看護ステーション名</p> <p>所在地</p> <p>電話番号</p> <p>医療機関コード</p> <p>自立支援医療（精神通院） 指定医療機関指定年月日 年 月 日</p> <p>訪問看護ステーション管理者名 印</p>							

※本様式のための届出はできません。自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書、自立支援医療費（精神通院医療）支給認定変更申請書と併せて届出してください。