

訪問看護利用申込書

ご依頼いただき、ありがとうございます。お手数ですが、わかる範囲でご記載いただけますと幸いです。

申込日： 年 月 日

ご依頼くださった方のご所属： お名前：

フリガナ		性別	生年月日	年齢
利用者氏名		男・女	大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	歳
電話番号 --		住所	〒 --	
携帯番号 --				
フリガナ		住所	〒 --	
緊急連絡先 氏名	続柄			
電話番号 --		特記事項		
携帯番号 --				
主病名				
主症状				
介護度区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
	<input type="checkbox"/> 申請中（申請日： 月 日）		<input type="checkbox"/> 区分変更申請中（申請日： 月 日～）	
保険情報	<input type="checkbox"/> 介護保険（負担割合： 1割 ・ 2割 ・ 3割 ） <input type="checkbox"/> 医療保険（負担割合： 1割 ・ 2割 ・ 3割 ）（適用区分： ） <input type="checkbox"/> 自立 支援医療（精神通院 ・ 更生 ・ 育成 ） <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 指定難病受給者証（病名： ）			

希望利用内容

希望サービス	看護： 30分 ・ 60分 ・ 90分	身体リハ ・ 言語リハ： 40分 ・ 60分
週 回希望： 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金	希望時間帯： 午前 ・ 午後	
緊急対応： 要 ・ 不要		
<input type="checkbox"/> 状態観察 <input type="checkbox"/> 日常生活援助・指導 （食事・栄養等・排泄ケア） <input type="checkbox"/> 保清（清拭・シャワー浴・入浴） <input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> カテーテル・ドレーン類管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡予防・処置 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養・点滴・輸液ポンプ管理 <input type="checkbox"/> 酸素管理 <input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱管理	<input type="checkbox"/> ターミナルケア <input type="checkbox"/> メンタルケア <input type="checkbox"/> 認知症ケア <input type="checkbox"/> 家族ケア <input type="checkbox"/> リハビリテーション

医療機関	診療科
	科
住所 〒 --	

フリガナ	電話番号 ー ー
主治医氏名	FAX番号 ー ー
居宅介護支援事業所	
フリガナ	電話番号 ー ー
担当 ケアマネジャー氏名	FAX番号 ー ー