

訪問看護利用申込書

光塩訪問看護ステーション蒲田

依頼日 年 月 日 記入者 ()

【送付先FAX】03-6759-4300

利用者様氏名	ふりがな	男・女	住所	〒										
	年 月 日生 歳			TEL ()										
保険	保 険 者	(保険者番号)												
	被 保 険 者 番 号													
	介 護 保 険 利 用	認 定 日 令和 年 月 日 ☐ 認定済 ☐ 区変中 ☐ 新規申請中												
		認定有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日												
		☐ 要支援 1・2 ☐ 要介護 1・2・3・4・5 ☐ 負担割合 割												
	医 療 保 険 利 用	☐ 国民健康保険 ☐ 社会保険 ☐ 後期高齢者 ☐ 障害手帳 ☐ 都医療券												
そ の 他	☐ 生活保護 ☐ 減免 (☐ あり ☐ なし 申請予定) ☐ その他 ()													
介護者情報	氏 名 (ふりがな)	続 柄	連絡先				住所							
			(自宅)											
			(携帯)											
主治医	医 療 機 関 名											診療科名		
	住 所											電話番号		
	医 師 名 (ふりがな)											☐ 通院 ☐ 往診		
病名					症状									
服薬	服用中の薬													
訪問看護希望内容	ご利用回数： 回／週				週間スケジュール									
	訪問時間：													
	☐ 看護 30分/回 ・ 60分/回 ・ 90分/回				ご希望曜日・時間 (AM/PM)					他サービス種類・診療等 時間				
	☐ リハビリ 40分/回 ・ 60分/回													
	(依頼内容)				月									
	☐ 状態管理 ☐ 服薬管理 ☐ 褥瘡処置・予防				火									
	☐ 日常生活の援助 (食事・栄養・排泄ケア、清拭・入浴等)				水									
☐ 日常生活の指導 (食事・栄養・排泄ケア、清拭・入浴等)				木										
☐ リハビリテーション ☐ カテーテル・ドレーン管理				金										
☐ ターミナルケア ☐ 人工肛門・膀胱 ☐ 吸引														
☐ 中心静脈・点滴・輸液ポンプ ☐ 精神面のケア														
☐ その他 ()														
確認	主治医への指示書依頼： ☐ 済 ☐ 未				土									
	希望するサービス： ☐ 看護 ☐ リハビリ				日									
ケアプラン作成者	事業所名： 事業所番号： 担当CM名： 住所：〒 電話番号： FAX番号：										当ステーション使用欄 受付者： 初回訪問： 年 月 日 予定時間： : ~ :			

※本申込書に記載された個人情報は、介護保険法及び個人情報保護法に基づき厳重に管理いたします。