訪問看護利用申込書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | 申込日 |  | 年 | 月 | 日 |
|  |  |  |  | 受付者 |  |  |  |  |
| フリガナ | 性別 | 生年月日 | 年齢 |
| 利用者氏名 | 男・女 | 明昭 | 大令 | 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 |
| 電話番号 | － | － | 特記事項 |
| 携帯番号 | － | － |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主病名 |  | 難病有・無 |
| 主な症状 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護度区分 | □ | 要支援１ | □ | 要支援２ | □ | 要介護１ | □ | 要介護２ | □ | 要介護３ | □ | 要介護４ | □ | 要介護５ |
| 申請中 | （申請日 |  | 年 |  |  | 月 | 日 | ） | 介護 | 保険 | 負担割 | 合 |  | １割 | ・ | ２割 |
| 保険情報 | □ | 介護保険 |  | □ | 医療保険 | □ | 生活保護 |  | □ | 自立支援 |  |  |

利用内容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用サービス | 緊急時加算 | 利用回数 | 利用曜日 | 希望時間帯 |
| 看護 ・ リハビリ | 要 ・ 不要 | 回／週 | 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 | 午前・午後 |
| 利用時間 | 看護：３０分未満・３０分・６０分・９０分・その他 | リハビリ：４０分・６０分・その他 |

依頼内容

* 状態観察 □ 服薬管理
* 日常生活援助・指導(食事・栄養等・排泄ケア) □ 保清(清拭・シャワー浴・入浴)
* カテーテル・ドレーン類の管理 □ 褥瘡予防・処置
* 中心静脈・点滴・輸液ポンプ □ 人工肛門・膀胱
* 吸引・酸素管理 □ リハビリテーション
* 透析
* ターミナルケア
* メンタルケア
* 認知症ケア
* 家族ケア

□ その他（ ）

医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 | 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

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 | 住所 |
|  | 〒 － |
| フリガナ | 電話番号 | － － |
| 担当ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ氏名 | FAX番号 | － － |

|  |
| --- |
| いつもお世話になっております。 |
| 新規のご依頼ありがとうございます。 |
| 分かる範囲でご記入頂きますようお願い申し上げます。 |

|  |
| --- |
| 事業所番号 |
| 電話番号 |
| FAX |
| Email |

|  |
| --- |
| 1361490053 |
| 03-6383-3189 |
| 03-5942-4177 |
| nagomi.zaitaku@gmail.com |

