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 | □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：　　　月　　日） | □区分変更申請中（申請日：　　月　　日〜） |
| 保険情報 | □介護保険（負担割合： 1割 ・ 2割 ・ 3割 ）□医療保険（負担割合： 1割 ・ 2割 ・ 3割 ）（適用区分：　　　　　　）□自立支援医療（精神通院 ・ 更生 ・ 育成 ） □生活保護□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 |  |
| □状態観察□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)□吸引 | □カテーテル・ドレーン類管理□褥瘡予防・処置□中心静脈栄養・点滴・輸液ポンプ管理□酸素管理□人工肛門・人工膀胱管理 | □ターミナルケア□メンタルケア□認知症ケア□家族ケア□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　　　　　－　　　　－FAX番号　 　　　　－　　　　－ |
| 主治医氏名 |
| 居宅介護支援事業所 |
|  |
| フリガナ | 電話番号　　　　　－　　　　－FAX番号　 　　　　－　　　　－ |
| 担当ケアマネジャー氏名 |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 | 1361490053 |
| 電話番号 | 03-6383-3189 |
| FAX | 03-5942-4177 |
|  | 2024.4.21改訂版 |

