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 |

