

# 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 大 昭 令 年 月 日	歳
電話番号 ー ー	住所	〒 ー	
携帯番号 ー ー			
フリガナ	住所	〒 ー	
緊急連絡先			
電話番号 ー ー	特記事項		
携帯番号 ー ー			

主病名	難病 有・無
主な症状	

要介護度区分	<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				
	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	<input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> 状態観察	<input type="checkbox"/> 服薬管理	<input type="checkbox"/> 透析
<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"/> ターミナルケア
<input type="checkbox"/> カテーテル・ドレーン類の管理	<input type="checkbox"/> 褥瘡予防・処置	<input type="checkbox"/> メンタルケア
<input type="checkbox"/> 中心静脈・点滴・輸液ポンプ	<input type="checkbox"/> 人工肛門・膀胱	<input type="checkbox"/> 認知症ケア
<input type="checkbox"/> 吸引・酸素管理	<input type="checkbox"/> リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 家族ケア
<input type="checkbox"/> その他 ( )		

## 医療機関

名称	診療科
	科
住所 〒 ー	
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
	〒 ー
フリガナ	電話番号 ー ー
担当マネージャー 氏名	FAX番号 ー ー

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 1361490053  
 電話番号 03-6383-3189  
 FAX 03-5942-4177  
 Email nagomi.zaitaku@gmail.com