

訪問看護利用者申込書

ビジナ(五反田事務所)

ビジナ 新大久保

TEL:03-6409-6356

TEL:03-6908-7502

ビジナ行 申込日 年 月 日

FAX:03-6409-6358

FAX:03-6908-7503

ケアマネ様	担当介護支援相談員										事業所名									
	フリガナ																			
	氏名																			
	事業所番号										電話番号					FAX番号				

ご利用者情報	フリガナ										性別		生年月日										年齢			
	氏名										<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日										歳			
	住所										保険種別 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 医療		連絡先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設		電話番号											
	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中										年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定済										年 月 日			
	介護保険		保険者の名称					被保険者番号					交付年月日		年 月 日											
			要介護状態区分等		要支援		要介護							年 月 日												
			1		2		1		2		3		4		5											
			認定の有効期限										年 月 日 ~		年 月 日まで		自己負担割合		割							
	緊急連絡先		ご家族		続柄		フリガナ					性別		電話番号												
			氏名							<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女																
		医療機関名称										主治医					電話番号									
		主治医																								

サービス内容	<input type="checkbox"/> 健康相談(病状観察や介護相談等) <input type="checkbox"/> 服薬管理(内服薬のセット等) <input type="checkbox"/> 日常生活の看護(清潔ケアや排泄ケア等) <input type="checkbox"/> 医師の指示による医療処置(カテーテルや医療機器管理等) <input type="checkbox"/> 認知症のケア <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> ターミナルケア <input type="checkbox"/> 褥瘡の予防と処置 <input type="checkbox"/> その他()										希望曜日						
			月		火		水		木		金		土		日		
	午前																
午後																	

家族構成図										疾患名										訪問診療・通院の状況																			
同居家族は○で囲む										病状の経過										内服薬の情報																			
																				食事・水分摂取の状況																			
訪問看護の利用申込に至る経緯、ご家族の訪問看護への希望等																																							