

訪問看護利用者申込書

ビジナ行 申込日 年 月 日

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								<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 医療		<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		<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中		年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定済		年 月 日		保険種別		連絡先		電話番号	
			保険者の名称		被保険者番号											
			要介護状態区分等		要支援		要介護		交付年月日		年 月 日					
			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							
		主治医		医療機関名称		主治医		電話番号								

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										
	病状の経過				内服薬の情報										
					食事 水分摂取の状況										
同居家族は○で囲む								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							