

訪問看護 利用申込書<ケアマネージャー様用>

まじめな訪問看護リハビリステーション 行 FAX 050-3158-9509/TEL 048-424-2260

申込日：令和 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			性別	生年月日	年齢	
	フリガナ					
	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 年 月 日	歳	
	住所			連絡先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <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			年 月 日	
	介護保険	保健者の名称	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
		1 2	1 2 3 4 5		年 月 日	
		認定の有効期間	年 月 日 から		年 月 日	
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	

サービスの内容	<input type="checkbox"/> 健康相談（病状観察、血圧測定など）	<input type="checkbox"/> 認知症の看護
	<input type="checkbox"/> 日常生活の看護（清潔の世話、その他）	<input type="checkbox"/> 家屋改善の相談
	<input type="checkbox"/> 主治医の指示による医療処置（カテーテルの交換など）	
	<input type="checkbox"/> リハビリ（週 回、1回あたり 分）	
	<input type="checkbox"/> 介護相談	
	<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	健康状態（麻痺等）	通院状況
同居家族は○で囲む		服用薬情報
	病歴等	
		水分の補給について
利用申込みに至る経緯、ご家族の習慣的・個別的な介護方法		