# 訪問看護 利用申込書

申込日：　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ご利用者様情報 | フリガナ | | |  | | | | | | 性 別 | | | | 生年月日 | | 年 齢 |
| 氏名 | | |  | | | | | | □男  □女 | | | | □明治　□大正　□昭和  年　　　　月　　　　日 | | 歳 |
| 住所  （訪問先） | | | 〒 | | | | | | 現在の居住 | □自宅  □病院  □施設 | | | 連絡先 | □自宅　□他（　　　　　　　　） | |
| 介護保険 | □ 未申請　　□ 申請中　　　 　年　　 　月　 　　日　　□　区変中　□ 認定済　　　　年 　　　月　 　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |
| 1　　2 | | | 1　　2　　3　　4　　5 | | | | |
| 認定の有効期間 | | | 年　　 　　月　　　 　　日　　　から　　　　　　　　年　　 　　　月　 　　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 公費 | □生活保護　□指定難病受給者証　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| ご家族 | 続柄 |  | | | フリガナ |  | | | | | | | 性 別 | 電話番号 | |
| 氏名 |  | | | | | | | □男  □女 |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ケアマネ様 | フリガナ |  | | 事 業 所 名 | |
| 氏名 |  | |  | |
| 事 業 所 番 号 | | 電 話 番 号 | | Ｆ Ａ Ｘ 番 号 |
|  | |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 主治医 | 医 療 機 関 名 称 | 主治医氏名 | 電話番号 |
|  | 医師 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サ❘ビスの内容 | 使用保険 | □介護　□医療 | 緊急対応 | □希望する　□希望しない | 希望サービス | □看護　　□リハビリ |
| □　健康相談（病状観察、血圧測定など）　　□　日常生活の看護（清潔の世話、その他）　　□　認知症の看護  □　主治医の指示による医療処置（カテーテルの交換など）　□　フットケア　　□　ターミナルケア  □　緩和ケア　　□　介護相談　　□　家屋改善の相談　　□　リハビリ　　　□　その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ご希望の訪問曜日□特になし決まった時間を希望の場合は時間を記入してください。 | | | | | | |  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | | 午前 |  |  |  |  |  | | 午後 |  |  |  |  |  | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| コメント |  |

ご記入ありがとうございました！

**えんじゅ訪問看護ステーション　FAX　03-5876-9163**

**事業所番号　１３６２２９０６９２　TEL　０３－５８７６－９１６２**