# 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**