

訪問看護 ご利用・ご相談申込書

お申込日	平成 年 月 日 ※該当する方に○をお願いいたしますー利用申込(新規・再開)・相談希望			
申込書記載者	医師 ・ ケアマネージャー ・ 利用者家族 ・ 利用者本人 ・ その他:			
サービスを利用する方の情報	氏名			
	生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (歳)		
	住所	〒		
	電話番号	携帯電話()		
キーパーソンの方の情報	氏名			
	生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (歳)		
	住所	〒		
	電話番号	携帯電話()		
希望される訪問看護サービス ※該当するものが分からない場合は、現在困っていることを記載してください	<input type="checkbox"/> 全身状態の観察 <input type="checkbox"/> 内服薬等の管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置・予防 <input type="checkbox"/> 日常生活援助・指導(食事・栄養・排泄ケア・清潔・家族・その他:) <input type="checkbox"/> カテーテル・ドレーン類の管理 <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"/> 各種輸液管理 <input type="checkbox"/> 人工肛門・膀胱 <input type="checkbox"/> 精神的ケア <input type="checkbox"/> 在宅用医療機器類の管理 <input type="checkbox"/> その他:			
医療機関	医療機関名称:	主治医氏名:		
	所在地住所:			
	電話番号/FAX:			
居宅介護事業所	医療機関名称:	ケアマネージャー氏名:		
	所在地住所:			
	電話番号/FAX:			
サービスを利用開始のために必要な情報 ※わかる範囲で記載をお願いします	主病名・症状	病名: 主な症状:		
	日常生活自立度	寝たきり度: J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 認知症日常生活自立度: I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
	要介護区分	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)		
	保険情報	介護保険・医療保険・その他()		
		被保険者 記号 番号:		
		有効期限:		
		交付年月日:		
		認定年月日:		
		後期高齢者受給者番号:		
		公費負担者番号:		
手帳番号:				
障害等級:		/合併障害(有・無)/市町村番号:		
自立支援医療受給者番号:				

ものがたり訪問看護ステーションかしわ
 〒277-0823
 千葉県柏市布施新町4-13-8
 TEL:047(197)2161
 FAX: × × ×

