

訪問看護 利用申込書<ケアマネジャー様用>

TEL 03-6433-5093

FAX 03-6433-5193

→ さくらナースケアステーション 江川 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 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			
	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					
	保険者の名称		被保険者番号								
	要介護状態区分等		要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5			交付年月日		年 月 日	
	認定の有効期間		年 月 日 から			年 月 日 まで					
緊急連絡先	ご家族		フリガナ		性別		電話番号				
	続柄		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"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 日常生活の看護（清潔の世話、その他） <input type="checkbox"/> 認知症の看護 <input type="checkbox"/> 医師の指示による医療処置（カテーテルの交換など） <input type="checkbox"/> 家屋改善の相談 <input type="checkbox"/> 介護相談 <input type="checkbox"/> その他						
	希望曜日						
	午前	月	火	水	木	金	土
午後							

家族構成図	健康状態（麻痺等）		通院状況	
	病歴等		服用薬情報	
			水分の補給について	
	同居家族は○で囲む			

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