

# 訪問看護 利用申込書

TEL 03-6433-5093

FAX 03-6433-5193

## → さくらナースケアステーション 管理者宛て

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					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							
	給付率		1割					2割								
緊急連絡先	ご家族	続柄	フリガナ		氏名		性別		電話番号							
	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"/> 介護相談
<input type="checkbox"/> 家屋改善の相談		
<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	病歴等	服用薬情報
		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