

訪問看護依頼申込書

＜ お分かりになる範囲でご記入をお願い致します ＞

| | | | | | | | |
|---|---|---|---------|------|---|---|--|
| 依頼年月日 | 令和 年 月 日 | | | | | | |
| 事業所名 | | | | | | | |
| ご依頼者様 氏名 | | | | | | | |
| 連絡先 | TEL: | | FAX: | | | | |
| フリガナ | 性別 男性・女性 | | | 家族構成 | | | |
| ご利用者様 氏名 | | | | | | | |
| 年齢 | | | | | | 歳 | |
| 住所 | | | | | | | |
| 現病歴・既往歴 | | | | | | | |
| 介護認定 | 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 | | 被保険者番号: | | | | |
| 特定疾患受給者証 | 有・無・申請中 | | 特定疾患名 | | | | |
| 医療機関名 | | | 主治医 | | | | |
| 保険種類 | <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 生活保護 | | | | | | |
| ご希望される ご利用内容 | ご訪問時間 | 【看護】30分・60分・90分 【リハビリ】40分・60分 | | | | | |
| | 訪問看護 依頼内容 | <input type="checkbox"/> 日常生活の援助（食事・栄養等・排泄ケア・清拭・入浴） <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 内服薬・外用薬の管理 <input type="checkbox"/> 全身の状態観察 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置・予防 | | | | | |
| | | <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"/> カテーテル・ドレーン類の管理 | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 人工肛門・膀胱 <input type="checkbox"/> 中心静脈・点滴・輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 酸素等 <input type="checkbox"/> 精神的支援 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> その他（医療処置又は医療機器などの装着、ご使用がありましたらご記入ください） | | | | | | | |
| 注意事項・要望等 | | | | | | | |
| 週間スケジュール | | | | | | | |
| 訪問サービスご希望日時を以下の表○で、ご記入ください。現在ご利用いただいているサービスなどがありましたら、あわせてご記入お願いいたします。 | | | | | | | |
| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | | |
| 午前 | | | | | | | |
| 午後 | | | | | | | |

主治医に訪問看護指示書発行の 了承は・・・ 得られている ・ これから相談



電話番号: 0422-38-8638 FAX 番号:0422-38-8670