**訪問看護依頼申込書** < お分かりになる範囲でご記入をお願い致します >

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼年月日  | 令和　　年 　　月 　　日  |
| 事業所名  |  |
| ご依頼者様 氏名  |  |
| 連絡先  | TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 FAX：  |
| フリガナ  | 性別 男性 ・ 女性  |
| ご利用者様 氏名  |
| 年齢  | 歳  |
| 住所  | 家族構成 |
| 現病歴 ・ 既住歴  |  |
| 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  | □ 介護保険 □ 医療保険 □ 公費 □ 生活保護  |
| ご希望される ご利用内容  | ご訪問時間  | 【看護】 30分 ・ 60分 ・ 90分 【リハビリ】 40分 ・ 60分  |
| 訪問看護 依頼内容  | □ 日常生活の援助 ( 食事・栄養等・排泄ケア・清拭・入浴 ) □ その他( )  |
| □ 内服薬・外用薬の管理 □全身の状態観察 □褥瘡処置・予防  |
| □ リハビリテーション □ ターミナルケア □カテーテル・ドレーン類の管理  |
| □ 人工肛門・膀胱 □ 中心静脈・点滴・輸液ポンプ □酸素等 □精神的支援  |
| □その他 (医療処置又は医療機器などの装着、ご使用がありましたらご記入ください)  |
| 注意事項 ・要望等  |  |

|  |
| --- |
| 週間スケジュール  |
| 訪問サービスご希望日時を以下の表○で、ご記入ください。 現在ご利用いただいているサービスなどがありましたら、あわせてご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**