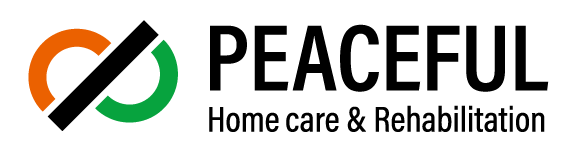
**訪問看護依頼申込書** < お分かりになる範囲でご記入をお願い致します >

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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**