

訪問看護 利用申込書

PEACEFUL Home care & Rehabilitation 行 TEL:0422-38-8638/FAX:0422-38-8670

申込日：令和 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					☐ 男 ☐ 女	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和			歳
	住所	〒				連絡先	☐ 自宅		電話番号	
					☐ 病院					
					☐ 施設					
	☐ 未申請 ☐ 申請中 年 月 日 ☐ 認定済 年 月 日									
	介護保険	保健者の名称				被保険者番号				
		要介護状態 区分等	要支援		要介護			交付年月日	年 月 日	
			1 2	1 2 3 4 5						
	認定の有効期間		年 月 日 から				年 月 日			
緊急連絡先	ご家族	続柄	フリガナ			性別	電話番号			
			氏名			☐ 男 ☐ 女				
	主治医	医療機関名称			主治医		電話番号			

サービスの内容	☐ 健康相談（病状観察、血圧測定など）	☐ リハビリ						
	☐ 日常生活の看護（清潔の世話、その他）	☐ 認知症の看護						
	☐ 主治医の指示による医療処置（カテーテルの交換など）							
	☐ 家屋改善の相談							
☐ 介護相談		希望曜日						
☐ その他								
		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	
	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				