

訪問看護サービス利用申込書

申込日 : 令和 年 月 日

ご利用者様の情報	フリガナ		性別	生年月日			年齢
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	□明治 □大正 □昭和 □平成 年 月 日			歳
	住所		電話番号				
	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 (年 月 日付で申請) <input type="checkbox"/> 認定済						
	介護保険		保険者の名称		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
			1 2		1 2 3 4 5		年 月 日
	認定の有効期間		年 月 日 から 年 月 日				
	緊急連絡先		ご家族		フリガナ		性別
			続柄		氏名		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 <input type="checkbox"/> 認知症の看護 <input type="checkbox"/> 主治医の指示による医療処置 (カテーテル・点滴の管理など)		他サービスなど週間のご利用状況							
			月	火	水	木	金	土	日	
	<input type="checkbox"/> 家屋改善の相談 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> 介護相談 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> ターミナルケア <input type="checkbox"/> その他		午前							
			午後							

家族構成図	健康状態 (麻痺や障害の状況)	既往歴
同居家族は○で囲む		内服薬・医療機器等
利用申込みに至る経緯、今現在困っていること		

お申込者様	看護師 ・ ケアマネージャー ・ MSW		病院 ・ 事業所名		
	フリガナ				
	氏名				
	事業所番号		電話番号	FAX番号	