

訪問看護利用申込書

申込日： 年 月 日

氏名	(ふりがな)		男 ・ 女	住所	〒	
	生年月日	年 月 日生	歳	TEL		
保険情報	介護保険	要支援( 1・2 )・要介護( 1・2・3・4・5 )・申請中・区分変更中				
	保険	保険者番号				
	保険	被保険者番号	有効期限	年 月 日 ~	年 月 日	
	医療保険	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割			
	医療保険	国民健康保険 ・ 社会保険 ・ 後期高齢者 ・ 障害手帳				
主治医	公費負担医療受給者証	あり(種類: ) ・ なし				
		認定年月日	年 月 日			
	生活保護 ・ その他( )					
主治医	医療機関名			(ふりがな) 医師名		
	住所			診療科		
	在宅 ・ 入院中(退院日: )			TEL		
疾患名			主 症 状			
介護者		氏名(ふりがな)	続柄	住所	電話番号	
	主介護者					
	緊急連絡先					
ADL	食事			排泄		
	移動			認知機能		
	清潔			その他		
希望すること	希望するサービス	看護 ・ リハビリ	利用回数	回/週		
	サービス時間	看護( 30分 ・ 60分 ・ 90分 )・リハビリ( 20分 ・ 40分 ・ 60分 )				
	内容	状態管理	服薬管理	ADL援助・指導	リハビリテーション	
		褥瘡処置	ストマ管理	中心静脈・点滴	カテーテル管理	
		吸引	精神援助	介護指導	その他( )	
		排便コントロール	医療機器管理(人工呼吸器、在宅酸素など)			
	希望日時	曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日			
時間帯		時 分 ~ 時 分				
居宅支援事業所	事業所名			担当CM		
	住所			TEL		
				FAX		
事業所番号						