

なかだ訪問看護ステーション 利用申込書

記入日：平成 年 月 日

お分かりになる範囲でご記入ください。状況の分かる書類を添付いただける場合には該当箇所への記載は不要です。

依頼者	事業所名：	電話：
	ご担当者：	FAX：

利用者基本情報	フリガナ		男・女	〒 ☐ 独居 ☐ 日中独居		
	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)		電話番号：			
	家族①	氏名 (続柄)	家族構成 (キーパーソンに※印、同居家族を○で囲む)			
	家族②	氏名 (続柄)				
	家族③	氏名 (続柄)				
	医療機関名：			電話番号：		
	主治医師名： (科)			受診頻度：		
	現在の状況 (入院(所)施設名)、利用目的、使用中の医療機器など			主病名： 既往症：		
	退院(所)予定日		退院カンファ予定日		退院時共同指導	☐ 有 ☐ 無
	保険情報	☐ 介護保険 ☐ 医療保険 ☐ 公費 () ☐ その他 ()				
介護認定情報	要介護度		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	認定日	年 月 日	☐ 未申請 ☐ 申請中 ☐ 区変中 (申請日：)			
	負担割合		保険者番号		被保険者番号	

希望サービス情報	☐ 看護師 ☐ 理学療法士 ※リハビリ中心の利用希望の場合はこちらに☑を入れてください→ (☐ リハビリ中心を希望)	
	希望の曜日、時間帯、回数(頻度)、利用開始日など	
	希望の看護サービス内容 ☐ 症状・状態の観察 ☐ 薬剤管理・指導 ☐ 食事・栄養指導 ☐ 排便管理 ☐ 入浴・清拭保清の援助 ☐ リハビリテーション ☐ 褥瘡・傷の処置 ☐ 医療機器管理・指導 ☐ 医療連携 ☐ 家族指導 ☐ ターミナルケア ☐ その他 ()	
	備考 (其他要望、コメント、他のサービス利用状況、依頼者様と異なる場合の居宅介護支援事業所名、成年後見人の有無など)	