

訪問看護利用申込書

日付 令和 年 月 日

事業所名

ご担当者様

電話番号

FAX番号

必ず全て記入が必要ということではありません。可能な範囲でご記入ください。
詳細や不足情報は、当ステーションより折り返しご連絡させていただいた際にご確認いたします。

利用者情報

① 氏名	様	性別	男・女			
② 生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	(歳)
③ 住所						
④ 電話番号	①					②
⑤ 居住環境	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 ()					
⑥ 主介護者	本人との関係					
⑦ 医療機関/主治医	医療機関名			主治医		
⑧ 保険区分	医療保険・公費負担 ()					
	介護保険 (1号保険者・2号保険者) 公費 ()					
⑨ 日常生活自立度	自立・一部介助・部分介助・全面介助					
⑩ 認知症の状況	I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M					
⑪ 要介護認定	未申請・有 (支援1・2 / 介護1・2・3・4・5)					
⑫ 病名						
⑬ 病状等現在の状況						

⑭ 医療管理の有無	無・有 (HOT・IVH・点滴注射・人工呼吸器・各種ストーマ) その他 ()					
⑮ 介護状況	身体状況 (良・普通・不良) / 精神的状況 (良・普通・不良)					
⑯ 介護サービス利用	訪問介護・訪問入浴・通所・その他 ()					
⑰ 訪問看護依頼内容						

⑱ 希望曜日	訪問回数	回 / 週・月
--------	------	---------

訪問看護ステーション千樹の杜
山口県岩国市周東町下久原2580-2
TEL 0827-84-5555 / FAX 0827-28-5540
所長：清時 満幸
管理者：清時 香奈恵