

訪問看護 利用申込書 <ケアマネージャー様用>

訪問看護ステーション まるとう中原 行

FAX 044-920-8187 / TEL 044-920-8186

申込日： 年 月 日

ケアマネ様	フリガナ	担当介護支援相談員	事業所名	
	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 □病院 □施設	電話番号	
	□未申請 □申請中	年 月 日	□認定済	年 月 日	
	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	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	
	ご家族	フリガナ	性別	電話番号	
	続柄	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） □ 日常生活の看護（清潔の世話、その他） □ 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 □ その他	□ リハビリ □ 認知症の看護	希望曜日 月 月 月 月 月 月 月 午前 午前 午前 午前 午前 午前 午前 午後 午後 午後 午後 午後 午後 午後					
	希望曜日							
	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
同居家族は○で囲む		
		服用薬情報
	病歴等	水分の補給について
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		