

# 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 まるとうけあ新横浜 行

FAX 045-330-4598 / TEL 045-577-4133

申込日： 年 月 日

ケアマネ様	担当介護支援相談員	事業所名	
	フリガナ		
	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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	歳		
	住所		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設	電話番号		
	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中	年 月 日	<input type="checkbox"/> 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 1 2	要介護 1 2 3 4 5	交付年月日	年 月 日	
	認定の有効期間	年 月 日	から	年 月 日		
	ご家族	続柄	フリガナ 氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電話番号	
	緊急連絡先	医療機関名称			主治医	電話番号
		主治医				

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"/> 日常生活の看護（清潔の世話、その他） <input type="checkbox"/> 主治医の指示による医療処置（カテーテルの交換など） <input type="checkbox"/> 家屋改善の相談 <input type="checkbox"/> 介護相談 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 認知症の看護		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	
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		