訪問看護利用申込書　　　　　　　　　申込日　　　年　　　　月　　　日

申込者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　 | ご関係　□本人・家族□ケアマネジャー　　□医療関係者（病院名　　　　　　　　） |
| 連絡先電話番号 |  | 　返信希望　□至急 |

ご利用者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな）　お名前　 |  | □男性□女性 |
| 　生年月日 | 明・大・昭・平・令　　　年　　月　　日 | 年齢　（　　　　）歳 |
| 　ご住所 | 〒 | 電話番号 |
| 建物名 |
| 　緊急連絡先 | お名前　　　　　　　　　　続柄　　　　　　連絡先 |
| 　主病名 |  |
| 　経過・状況 |  |

かかりつけ医

|  |  |
| --- | --- |
| かかりつけの医療機関 |  |
| 住所 | 〒 | 電話 |
| 主治医名 |
| 受療状況　□通院（　　　回/　週・　月）　　□訪問診療（　　　回/　週・　月）　　　　　□その他 |

介護保険・医療保険・公費

|  |  |
| --- | --- |
| 介護保険　　　 | □なし　　□要支援（1・2）　□要介護（1・2・3・4・5）□区分変更中　　□申請中　　　　　　　　　　　　　　　負担割合　　　　割 |
| 医療保険 | □国保　□社保　□後期高齢　□その他（　　　　　　）　負担割合　　　　割 |
| 公費 | □あり（生活保護・特定疾患・障がい・自立支援・　　　　）□なし |

ご依頼内容

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼内容 | 看護：□状態観察□清潔ケア□排泄ケア□服薬管理□医療処置（　　　　　　　）　　　□医療機器管理（　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　□療養相談□他（　　　　　　　　　　　　　　　　）リハビリ：□可動域訓練□筋力維持向上訓練□日常生活動作訓練□歩行訓練　　　□他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ご利用希望曜日 |  | 　月 | 　火 | 　水 | 　木 | 　金 | 看護　　　　回/週・月　　　　リハビリ　　回/週・月 |
| 午前 |  |  |  |  |  |
| 午後 |  |  |  |  |  |

＊訪問看護のご利用には主治医からの「訪問看護指示書」が必要です。

ご記入いただき、ご希望の訪問看護ステーションへご連絡・FAXください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　おおしま・なかはら・たま訪問看護ステーション