

申込書

訪問看護ステーションあゆみ
 町田市南町田2-1-45 SAKAEビル4F
 TEL:042-799-6556
 FAX:042-799-6567
 事業所番号:1367194129

西暦 20 年 月 日

申込者名 _____
 住所 _____
 電話番号 _____
 FAX番号 _____

ふりがな		性別	家族構成						
利用者氏名		男 女							
生年月日	M/T/S/H 年 月 日 () 歳								
住所	(〒 -)		キーパーソン: 関係()						
			連絡先: _____						
ご自宅駐車場	訪問看護時の駐車利用: 可能/不可能		住環境 独居 / 高齢者世帯 / 家族と同居						
電話番号			被保険者番号 _____						
介護保険	保険者	要介護状態区分	申請中(/ 調査) / 要支援 1 2 / 要介護 1 2 3 4 5 / 区変中						
		認定年月日: 年 月 日	有効期限: R 年 月 日 ~ R 年 月 日						
医療保険	保険者	後高 国保 社保 その他	被保険者番号:						
			公費負担医療		生保 都 障 乳 その他				
医療機関情報	医療機関		主治医						
	電話番号		FAX番号						
	所在地								
病名	主たる傷病名		既往歴						
身体状況	移動 (自立/一部介助/全介助) 排泄 (自立/一部介助/全介助) 意思疎通 (自立/一部介助/全介助)								
	入浴 (自立/一部介助/全介助) 着替え (自立/一部介助/全介助) 食事 (自立/一部介助/全介助)								
	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素								
	<input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル								
	<input type="checkbox"/> その他 ()								
サービス利用状況		月	火	水	木	金	土	日	※現在、または、想定されているサービス状況を記載してください。
	AM								
	PM								

居宅事業所 (上記、申込者と同様の場合は、記載不要)

事業所名: _____ 担当CM: _____
 TEL: _____ FAX: _____

依頼内容	<input type="checkbox"/> 看護状態管理 <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 排泄ケア <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 栄養管理 <input type="checkbox"/> 皮膚ケア <input type="checkbox"/> 看取り <input type="checkbox"/> リハビリ(PT/OT/どちらでも) <input type="checkbox"/> その他 ()							
	要望・希望含む							
希望回数	週 回希望 (看護・リハ両方の場合 リハ:週 回 看護:週 回)							
希望曜日		月	火	水	木	金	その他:いつでも構わない	
	AM						希望の枠に【○】印をつけてください。 ※時間指定がある場合は、その時間を枠に記載してください。	
	PM							

申込者・担当CMの方へ

- ①主治医の指示書発行の手続きをお願いいたします。
- ②指示書が当事業所に到着してから、契約の日取りを決めさせていただきます。
- ③きめ細かいサービスを行うため、お手持ちの利用者FACE SHEET等の利用者情報を提供していただきますようお願い致します。