



訪問看護ステーション 晴あか
訪問看護サービス利用申込書
FAX : 03-6555-2109

※お分かりいただける範囲でご記入をお願いいたします

申込日 年 月 日

ふりがな			年 月 日	男 ・ 女	
氏名			(歳)		
住所	〒 -		(自宅)		
			(携帯番号)		
緊急連絡先	緊急連絡者氏名		続柄	キーパーソン	
	住所 〒 -		(自宅)		
	特記事項 (キーパーソン不在時の対応方法など)		(携帯番号)		
			同居者の有無 (独居 ・ 日中独居)		
主病名・症状			主な症状	アレルギー (有・無) 有 ()	
日常生活自立度	寝たきり度	J (日常生活) ・ A (準寝たきり) ・ B (寝たきり) ・ C (寝たきり/Bより程度が重い)			
保険情報	介護保険 (有・無)		申請中 (申請日 年 月 日)		
	要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)				
	医療保険 (有・無)				
	公費1 (有・無) / 生保・難病・自立支援・マル障・その他 ()				
	公費2 (有・無) / 生保・難病・自立支援・マル障・その他 ()				
	適用保険種類: 介護 ・ 医療		特定医療費受給者証: 有 ・ 無		
希望される利用内容	ご利用回数	週 回	利用開始希望日: 年 月 日		
	ご訪問曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日			
	ご訪問時間	<input type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> 60分 <input type="checkbox"/> 90分 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	看護師 ご依頼内容	<input type="checkbox"/> 内服薬・外用薬の管理 <input type="checkbox"/> 全身状態の観察 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置・予防			
		<input type="checkbox"/> 日常生活援助 (食事・栄養等・排泄ケア・清拭・入浴など) その他 ()			
		<input type="checkbox"/> 日常生活指導 (食事・栄養等・排泄ケア・清拭・入浴など) その他 ()			
		<input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> ターミナルケア <input type="checkbox"/> カテーテル・ドレーン類の管理			
		<input type="checkbox"/> 人工肛門・膀胱 <input type="checkbox"/> 中心静脈・点滴・輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 酸素等 <input type="checkbox"/> 透析等 <input type="checkbox"/> 吸引			
	<input type="checkbox"/> 精神的ケア <input type="checkbox"/> 在宅用医療機器類の管理				
	その他 (医療的処置又は医療機器などの装着、ご使用があればご記入ください)				
緊急時加算のご利用: 要 ・ 不要					
居宅介護支援事務所	名称	フリガナ	事業所番号		
		担当ケアマネジャー氏名			
	電話:	FAX:			
医療機関	名称	フリガナ	科		
		主治医氏名	担当MSW氏名		
	電話:	FAX:			
	特記事項				
<input type="checkbox"/> 担当者会議日程 () <input type="checkbox"/> 退院前カンファレンス日程 () <input type="checkbox"/> 緊急時24時間対応希望 (あり ・ なし) <input type="checkbox"/> 特別管理加算 (あり 【I・II】 ・ なし) <input type="checkbox"/> 訪問看護指示書・手配 (済 ・ 未) <input type="checkbox"/> 退院後主治医 (訪問看護指示元) 変更予定 (あり ・ なし) 備考欄 (看護内容・ご希望など)					

訪問看護ステーション晴あか

事業者番号 【介護】 1362190884 【医療】 7396732

〒120-0034 東京都足立区千住3-26

TEL : 03-6555-4132 FAX : 03-6555-2109