

訪問看護利用申込書

申込日： 年 月 日

|               |                 |   |                           |               |            |  |  |
|---------------|-----------------|---|---------------------------|---------------|------------|--|--|
| 氏名            | (ふりがな)          |   | 男・女                       | 住所            | 〒          |  |  |
|               | 生年月日            | 年 月 日生  | 歳                         | TEL           |            |  |  |
| 保険情報          | 介護保険            | 要支援( 1 ・ 2 ) ・ 要介護( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ) ・ 申請中 ・ 区分変更中 |                           |               |            |  |  |
|               | 保険者番号           |   |                           |               |            |  |  |
|               | 被保険者番号          |   | 有効期限                      | 年 月 日 ~ 年 月 日 |            |  |  |
|               | 負担割合            | 1割 ・ 2割 ・ 3割  |                           |               |            |  |  |
|               | 医療保険            | 国民健康保険 ・ 社会保険 ・ 後期高齢者 ・ 障害手帳                          |                           |               |            |  |  |
|               | 公費負担医療受給者証      | あり(種類: ) ・ なし   |                           |               |            |  |  |
|               |                 | 認定年月日   | 年 月 日                     |               |            |  |  |
| 生活保護 ・ その他( ) |                 |   |                           |               |            |  |  |
| 主治医           | 医療機関名           |   |                           |               | (ふりがな) 医師名 |  |  |
|               | 住所              |   |                           |               | 診療科        |  |  |
|               | 在宅 ・ 入院中(退院日: ) |   |                           |               | TEL        |  |  |
| 疾患名           |                 |   |                           | 主症状           |            |  |  |
| 介護者           |                 | 氏名(ふりがな)  | 続柄                        | 住所            | 電話番号       |  |  |
|               | 主介護者            |   |                           |               |            |  |  |
|               | 緊急連絡先           |   |                           |               |            |  |  |
| ADL           | 食事              |   |                           |               | 排泄         |  |  |
|               | 移動              |   |                           |               | 認知機能       |  |  |
|               | 清潔              |   |                           |               | その他        |  |  |
| 希             | 希望するサービス        | 看護 ・ リハビリ   | 利用回数                      | 回/週           |            |  |  |
|               | サービス時間          | 看護( 30分 ・ 60分 ・ 90分 ) ・ リハビリ( 20分 ・ 40分 ・ 60分 )       |                           |               |            |  |  |
|               | 内容              | 状態管理  | 服薬管理                      | ADL援助・指導      | リハビリテーション  |  |  |
|               |                 | 褥瘡処置  | ストマ管理                     | 中心静脈・点滴       | カテーテル管理    |  |  |
|               |                 | 吸引  | 精神援助                      | 介護指導          | その他( )     |  |  |
|               | 希望日時            | 曜日  | 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 |               |            |  |  |
|               |                 | 時間帯   | 時 分 ~ 時 分                 |               |            |  |  |
|               | 事業所名            |   |                           |               | 担当CM       |  |  |
|               | 住所              |   |                           |               | TEL        |  |  |
|               | 事業所番号           |   |                           |               | FAX        |  |  |