

# 訪問看護 利用申込書<ケアマネージャー様用>

訪問看護リハビリステーション〇〇 行 FAX 000-000-0000/TEL000-000-0000

申込日：令和 年 月 日

ケアマネ様	担当介護支援専門員		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 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	歳				
	住所				連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅	電話番号					
				<input type="checkbox"/> 病院								
				<input type="checkbox"/> 施設								
			<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中	年	月	日	<input type="checkbox"/> 認定済	年	月	日		
	介護保険	保健者の名称		被保険者番号								
		要介護状態区分等		要支援	要介護			交付年月日	年		月	日
				1	2	1	2	3	4	5		
	認定の有効期間		年			月	日	から	年			月
緊急連絡先	ご家族	続柄	フリガナ	性別			電話番号					
			氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女								
	主治医	医療機関名称			主治医			電話番号				

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"/> リハビリ						
	<input type="checkbox"/> 日常生活の看護（清潔の世話、その他）	<input type="checkbox"/> 認知症の看護						
	<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								
		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	
		水分の補給について
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		