

# 訪問看護利用申込書

受付日 年 月 日 受付者

訪問看護ステーション常楽 宛

FAX:03-3850-1886

TEL:03-3850-1800

事業所番号: 1367191133



|       |
|-------|
| 病院    |
| 居宅名称  |
| 住所    |
| TEL   |
| FAX   |
| 事業所番号 |
| 担当者名  |

## 【利用者情報】

|                       |   |
|-----------------------|---|
| ID                    |   |
| フリガナ                  | 性別 男 ・ 女  |
| 氏名                    | 生年月日 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 歳  |
| 住所                    | 〒 TEL   |
| キーパーソン1               | 氏名 続柄 TEL   |
| キーパーソン2               | 氏名 続柄 TEL   |
| かかりつけ医                | 医療機関名 主治医   |
| 病名                    |   |
| 訪問看護依頼目的              |   |
| 初回訪問依頼日               | 年 月 日   |
| 日常生活自立度               | 寝たきり度 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2<br>認知症状況 I IIa IIb IIIa IIIb IV M |
| 褥瘡                    | 無 ・ 有 希望する曜日・時間   |
| 装着医療機器など              | 無 ・ 有   |
| 介護保険                  | 要支援 1 2 ・ 要介護 1 2 3 4 5   |
|                       | 申請中 ・ 区変中 負担割合 1 ・ 2  |
| 医療保険<br>・その他          | 後期 ・ 国保 ・ 社保 ・ 障害 ・ 特定疾病  |
|                       | 自立支援 ・ 生保 ・ その他   |
| 現在介入中のサービス<br>(曜日・時間) | 月 火 水 木 金 土 日 同居家族の有無や生活状況 (同居しているが介護困難など)                      |

※介護保険証・介護保険負担割合のコピーをお持ちであればFAXを送信をお願いします