

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	日生 歳	TEL		
保険情報	介護 要支援(1・2) ・ 要介護(1・2・3・4・5) ・ 申請中 ・ 区分変更中					
	介護保険	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		
希望すること	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				
居宅支援事業所	事業所名			担当CM		
	住所			TEL		
				FAX		
事業所番号						