

訪問看護利用申込書

お申込日：令和 年 月 日

フリガナ			性別	生年月日	
ご利用者様			男・女	明・大 昭・平	年 月 日
現住所	〒			電話	
				携帯	
緊急連絡先	フリガナ：		続柄	キーパーソン：	
	氏名：			通常電話①：	
	住所：〒			通常電話②：	
					緊急電話：
備考	特記事項（キーパーソン不在時の対応方法等）				
主病名 主症状					アレルギー：無・有
要介護区分	申請中（申請日 年 月 日）要支援（1・2）要介護（1・2・3・4・5）				
保険情報	介護保険（1割・2割・3割）・医療保険・その他（ ）				
	被保険者番号		有効期限		
	交付年月日		認定年月日		
ご希望される 利用内容に チェックして ください	ご依頼	看護師（30分以内・60分以内・90分以内）			
	ご利用回数	回／週：令和 年 月 日からの利用希望			
	ご訪問曜日	月・火・水・木・金・土 午前・午後（ ）			
	☐ 全身状態観察	☐ 酸素療法	☐ ターミナルケア	☐ 精神援助	
	☐ カテーテル管理	☐ 内服管理	☐ 入浴介助・清潔	☐ リハビリテーション	
	☐ 点滴	☐ 経管栄養	☐ その他（ ）		
	☐ 褥瘡・創傷処置	☐ ストマ管理	☐ その他（ ）		
	現状	☐ 在宅（独居・日中独居・高齢者世帯・その他の家族と同居） ☐ 入院中（病院名： ） 退院予定日（ 年 月 日 ） ☐ 施設入所中（施設名： ） 退所予定日（ 年 月 日 ）			
主治医	名称・住所・電話：		フリガナ：	主治医：	
居宅支援 事業所	名称・住所・電話：		担当ケアマネージャー：		
			事業所番号：		
連絡調整	初回指示書：（連絡・記載）・（済・未）			その他：	
申込機関名	電話：	FAX：	担当者名：		

いちご訪問看護ステーション ☎03【6907】1836 FAX:03【6907】1837 事業所番号：1361690389