

訪問看護 利用申込書

申込日： 年 月 日

ケアマネ様	居宅介護支援専門員		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			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			
	介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中		年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定済		年 月 日	
		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 日			
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		