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　　　　日生　　　　　歳  | TEL |  |
| 保 険 情 報 | 介 護 保 険 | 要支援（　１　・　２　）　・　要介護（　１　・　２　・　３　・　４　・　５　）　・　申請中　・　区分変更中 |
| 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 |  |  |  |  |
| A D L | 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 |  |

その他、特記事項がありましたら、余白に、ご自由に追記お願いいたします。

 シーガルSmile訪問看護なかやま　宛