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