

# 訪問看護利用申込書

受付日 年 月 日 受付者

## 訪問看護ステーション しらほ

〒120-0035

東京都足立区千住中居町 18-6

マンション釜鳴301

FAX:03-6812-0297

TEL:03-6812-0296

事業所番号:1362191221



|                                   |
|-----------------------------------|
| 病院<br>居宅名称                        |
| 住所<br>TEL<br>FAX<br>事業者番号<br>担当者名 |

|        |  |                   |                  |                          |     |                  |
|--------|--|-------------------|------------------|--------------------------|-----|------------------|
| 利用者様情報 | フリガナ                                   |                   |                  | 主病名【<br>病歴               |     |                  |
|        | ご利用者様<br>氏名                            |                   |                  |                          | 男・女 |                  |
|        | 生年月日                                   | 大・昭・平・令 年 月 日( 歳) |                  |                          |     |                  |
|        | 電話番号                                   | 自宅                | 携帯               | 備考(健康状態(麻痺など)・服薬状況などあれば) |     |                  |
|        | 住所                                     | 〒                 |                  |                          |     |                  |
|        | <input type="checkbox"/> 施設入所または入院中( ) |                   |                  |                          |     |                  |
| 緊急連絡先  | ①                                      | 氏名                | 続柄               | ②                        | 氏名  | 続柄               |
|        |  | 電話                | 住所(〇〇区)<br>同居・別居 |                          | 電話  | 住所(〇〇区)<br>同居・別居 |

適用保険 : 介護・医療

|      |   |
|------|---|
| 介護保険 | 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 区変中   |
|      | 保険者の名称 被保険者番号 負担割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割  |
|      | 認定有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 まで  |
| 医療保険 | <input type="checkbox"/> 後高 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> その他 公費負担医療: <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 難 <input type="checkbox"/> その他( ) |

|   |   |
|---|---|
| 医療機関<br>(主治医: ) ( 科)  | ・通院頻度: <input type="checkbox"/> 定期受診 <input type="checkbox"/> 機会受診 ・ <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 / ( )回<br>他科受診 <input type="checkbox"/> 有 ( ) |
| 訪問看護指示書の発行について <input type="checkbox"/> 主治医了承済み <input type="checkbox"/> これから相談 (訪問看護ステーションしらほより依頼致します) |   |

|         |   |                   |   |      |
|---------|---|-------------------|---|------|
| サービスの内容 | 訪問看護依頼目的 または お困りごと  | 現在介護中のサービス(曜日・時間) | 以下より希望の訪問看護介入頻度<br><input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 / ( )回 |      |
|         | <input type="checkbox"/> 健康相談(病状観察・血圧測定など) <input type="checkbox"/> 服薬管理<br><input type="checkbox"/> 吸引、酸素管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡・創傷処置<br><input type="checkbox"/> 中心静脈、点滴、輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 胃瘻・腸瘻<br><input type="checkbox"/> 排便コントロール(服薬調整含む) <input type="checkbox"/> 人工肛門・膀胱<br><input type="checkbox"/> カテーテル管理(膀胱留置カテーテル等)<br><input type="checkbox"/> 清潔援助(入浴、シャワー、清拭、陰部洗浄など)<br><input type="checkbox"/> 指導教育 ( <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他 )<br><input type="checkbox"/> ターミナルケア <input type="checkbox"/> メンタルケア<br><input type="checkbox"/> その他( ) |                   | 現在介入中のサービス (曜日・時間)  | 希望曜日 |
|         |   |                   | 午前  | 午後   |
|         |   | 月                 |   |      |
|         |   | 火                 |   |      |
|         |   | 水                 |   |      |
|         |   | 木                 |   |      |
|         |   | 金                 |   |      |
|         |   | 土                 |   |      |
|         |   | 日                 |   |      |

いつもお世話になっております。新規のご依頼ありがとうございます。今後の業務改善に活かしていきたいため、アンケートのご協力お願い致します。

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> スタッフの営業 (担当: ) <input type="checkbox"/> エリア担当スタッフの介入がよくなったから (分かれば担当名: )          |
| <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> パンフレット・チラシを見て <input type="checkbox"/> その他 ( ) |

★介護保険証・介護負担割合証などの保険証類、または薬剤情報などコピーをお持ちであれば FAX 送信をお願いいたします。