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 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |