

# 訪問看護利用申込書

申込日 令和 年 月 日

利用者情報	フリガナ		性別	生年月日	
	利用者氏名		男・女	令和 平成 昭和 大正	年 月 日
	住所	〒		TEL	— —
			保険種別	介護保険	・ 医療保険
	緊急連絡先	フリガナ	TEL		— —
		氏名	携帯番号		— —
		住所	続柄		
	要介護区分	支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5		負担割合 1割・2割・3割
	主病名			難病	有・無
現在の主な症状					
現在の療養状況	自宅・病院・施設 ( )				

利用内容	利用サービス	緊急時加算	利用回数	利用曜日	希望時間帯
	看護・リハビリ	要・不要	回/週	月・火・水・木・金・土	午前・午後
	利用時間	看護	30分未満・30分・60分・90分・その他		
		リハビリ	40分・60分・その他		
備考欄					

依頼内容	<input type="checkbox"/> 状態観察	<input type="checkbox"/> 服薬管理	<input type="checkbox"/> 透析
	<input type="checkbox"/> 日常生活援助・指導(食事・栄養等・排泄ケア)	<input type="checkbox"/> 保清(清拭・シャワー浴・入浴)	<input type="checkbox"/> ターミナルケア
	<input type="checkbox"/> カテーテル・ドレーン類の管理	<input type="checkbox"/> 褥瘡予防・処置	<input type="checkbox"/> メンタルケア
	<input type="checkbox"/> 中心静脈・点滴・輸液ポンプ	<input type="checkbox"/> 人工肛門・膀胱	<input type="checkbox"/> 認知症ケア
	<input type="checkbox"/> 吸引・酸素管理	<input type="checkbox"/> リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 家族ケア
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		

医療機関	名称		診療科	
			科	
	住所			
	フリガナ	電話	— —	
	主治医氏名	FAX	— —	
	訪問看護利用について主治医への確認：未・済 (※訪問看護指示書が必要となるため)			

居宅介護支援事業所	名称		住所	
	フリガナ	電話	— —	
	担当ケアマネージャー	FAX	— —	

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。  
分かる範囲でご記入いただきますようお願い申し上げます。



訪問看護ステーションこはる  
事業所番号 1362390500  
tel: 03-5858-6732  
fax: 03-5858-6759