

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
	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