

FAX : 03-5284-8905

ご利用申込書

ご記入日 令和 年 月 日

居宅 事業所 支援	事業所名			
	事業所No.		電話番号	
	フリガナ ご担当ケアマネージャー氏名		FAX番号	
ご本人 情報	フリガナ		性別	
	氏名		男・女	
	生年月日	M/T/S/H/西暦 年 月 日	年齢	歳
	現住所	〒		<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居
お申 込内 容	<input type="checkbox"/> 看護 週 _____ 回 1回につき _____ 分以内		ご希望曜日・時間	
	<input type="checkbox"/> リハビリ 週 _____ 回 1回につき _____ 分以内		ご希望開始時期	
	ご利用内容 <input type="checkbox"/> 状態観察 <input type="checkbox"/> 介護相談・指導 <input type="checkbox"/> 入浴介助・保清		<input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル管理 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 創傷処置		<input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 酸素管理	
お申込みの経緯				
緊急 連絡 先	フリガナ キーパーソン氏名		続柄	
	〒		電話番号	
	〒		携帯番号	
	キーパーソン不在時の対応方法			
介護 者状 況	フリガナ 主たる介護者氏名		続柄	
	〒 ※ご利用者様と別居の場合のみご記入ください。		健康状態(良・普・悪) 介護状態(良・普・悪) 理解度(良・普・悪)	
介護認定区分 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中				
保 險 情 報 ※	適用保険 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	被保険者番号		負担割合	割 認定日
	保険者番号		有効期間	~
	保険者の名称		公費負担	生保・難病・障害・その他()
※被保険者証/自己負担割合証/特定受給資格者証等の写しを添付の場合はご記入は不要です。				
医 療 情 報	主病名		その他病名	
	症状			
	既往歴	病名	発症時期	経過 治療した場所
				治療・通院中・中断
				治療・通院中・中断
				治療・通院中・中断
				治療・通院中・中断
日常生活の自立度 (寝たきり度)		認知症の状況		
医 受 療 機 関 の	医療機関名称		電話番号	
	フリガナ 主治医氏名		休診日	
	当ステーションで『訪問看護指示書』の取得をご希望される場合はチェックをご記入ください⇒ <input type="checkbox"/>			