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				

ADL	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			

大鰐町訪問看護ステーション
事業所番号:0262390107
TEL:0172-55-6575
FAX:0172-47-5853

〒038-0212
青森県南津軽郡大鰐町大字蔵館字川原田40番地4