

# 訪問看護 利用申込書<ケアマネージャー様用>

統合医療サポートチーム  
きらりリハビリ訪問看護ステーション行

FAX 072-730-2165 / TEL 072-730-2166

申込日:平成 年 月 日

ケア マネ 様		担当介護支援相談員	事業所名	
	フリガナ			
	氏名			
		事業所番号	電話番号	FAX番号

ご 利 用 者 情 報	フリガナ				性別	生年月日				
	氏名				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日				
	住所					連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅	電話番号		
							<input type="checkbox"/> 病院			
							<input type="checkbox"/> 施設			
		<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中		年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定済		年 月 日			
	介護 保 険	保健者の名称				被保険者番号				
		要介護状態 区分等		要支援		要介護			交付年月日	年 月 日
				1 2	1 2 3 4 5					
		認定の有効期間		年 月 日 から			年 月 日			
緊急 連 絡 先	ご 家 族	続柄		フリガナ			性別	電話番号		
				氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	主 治 医	医療機関名称			主治医			電話番号		

サ ー ビ ス の 内 容		希望曜日					
		月	火	水	木	金	土
	午前						
	午後						
	<input type="checkbox"/> 健康相談（病状観察、血圧測定など） <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 日常生活の看護（清潔の世話、その他） <input type="checkbox"/> 認知症の看護 <input type="checkbox"/> 主治医の指示による医療処置（カテーテルの交換など） <input type="checkbox"/> 家屋改善の相談 <input type="checkbox"/> 介護相談 <input type="checkbox"/> その他						

家族構成図	健康状態（麻痺等）	通院状況
同居家族は○で囲む		服用薬情報
	病歴等	
		水分の補給について
	利用申込みに至る経緯、ご家族の習慣的・個別的な介護方法	