訪問看護 利用申込書（ケアマネージャー用）

太陽訪問看護ステーション 行

TEL 03-6315-2664

FAX 03-4291-1245

申込日	令和　　年　　月　　日
ケアマネージャー	
事業所名	
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	年齢
	氏名		□男 □女	□明治 □大正 □昭和 □平成 年　月　日	歳
	住所			電話番号	
	介護保険	□ 認定済　要支援　1 ・ 2　要介護　1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 □ 申請中（令和　年　月　日）		□ 未申請	

緊急連絡先	ご家族	キーパーソン	フリガナ		続柄	住居	電話番号
			氏名			□ 同居 □ 別居(　)	
		□ 独居 □ 家族構成図 → ※同居家族は○で囲む				特記事項	
	医療機関		医療機関名、診療科		主治医		電話番号

健康状態／医療情報	現病歴 ： 診断名、経過（発症、現状）、リハ状況、看護必要性、通院状況	既往歴等

申込内容	□ 看護 □ リハビリ	□ 体調管理、服薬管理 □ 主治医の指示による医療処置（　） □ 入浴 □ リハビリ（　） □ 環境調整の相談 □ その他（　）
	□ 介護保険 □ 特別指示（医療保険） □ 難病等（医療保険） □ その他（　）	
	希望曜日・時間があれば○をお書きください。（他にデイサービス利用等があればご記入ください） （月）　（火）　（水）　（木）　（金）　（土）　（日） 午前 午後	
備考		