# 訪問看護 利用申込書

申込日：　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ケアマネ様 | 事業所名 |  | ケアマネジャー |
|  | フリガナ |  |
| 氏名 |  |

※□箇所は、チェックボックスになっています。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ご利用者情報 | フリガナ | |  | | | | | | | | 性 別 | 生年月日 | | | | 年 齢 |
| 氏名 | |  | | | | | | | | 男  女 | 大正　昭和　平成  　　　年　　　月　　　日 | | | | 歳 |
| 住所 | |  | | | | | | | | | 連絡先 | 自宅 | | 電話番号 | |
| 携帯 | |  | |
| その他 | |
| 介護保険情報 | 未申請　　 申請中　　　　 　年　　 　月　 　　日　　　　　 認定済　　 　　年 　　　月　 　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | | |  | | | | | | 負担割合 | | |  | |
| 要介護状態  区分等 | | | | 要支援 | | １ ２ | | | | 交付年月日 | | | 年 　　　月　 　　日 | |
| 要介護 | | 1　 2 　3 　4　 5 | | | |
| 認定の有効期間 | | | | 年　　　 　　月　　　 　　日　　　～　　　　　　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 | |  | | | 男  女 | |  | | |
| 主治医 | | 医 療 機 関 名 称 | | | | | | 主治医 | | | | 電話番号 | | |
|  | | | | | |  | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービスの内容 | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | サービス状況 | | | | | | | | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | | 午前 |  |  |  |  |  |  |  | | 午後 |  |  |  |  |  |  |  |   　健康相談（病状観察、血圧測定など）  　排泄の援助  　日常生活の看護（清潔の世話、その他）  　主治医の指示による医療処置（カテーテルの交換など）  　リハビリ（　PT/OT　・　ST　）  　療養環境等の相談  　介護相談  　その他 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 家族構成図 | 主病名・病歴等 | | 通院状況 |
| 同居家族は○で囲む |  | |  |
| 服用薬情報 |
|  |
| 健康状態（麻痺等） | | その他 |
|  | |  |
| 利用申込みに至る経緯 | | | |
|  | | | |
| 退院前カンファレンス　　　　年　　　　月　　　　日  退院予定日　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | 初回訪問日　　　　　　年　　　　月　　　　日  　介護　　　　　　　　　医療 | |