# 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 |