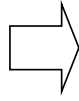


# 訪問看護サービス利用申込書

<青葉区統一書式>

依頼日 平成 年 月 日

居宅介護支援事業所	事業所名	
	電話	
	FAX	
	作成者氏名	



訪問看護ステーション	事業所名	
	電話	
	FAX	
	担当者	

利用者基本情報	フリガナ		男・女	生年月日 年齢	明治・大正・昭和		
	氏名				年 月 日 ( 歳 )		
	住所				電話		
	緊急連絡先	氏名	続柄( )		電話		
	キーパーソン連絡先	氏名	続柄( )		電話		
	被保険者番号	0 0 0				平成 年 月 日	
	認定結果	申請中・区変中・要支援( )・要介護( )			～平成 年 月 日		

希望サービス情報	利用希望日	AM 月・火・水・木・金・土	初回	年 月 日 ( )	他のサービス利用状況
		PM 月・火・水・木・金・土			
サービス内容	<input type="checkbox"/> 症状の観察 <input type="checkbox"/> 食事・栄養指導 <input type="checkbox"/> 排泄援助・指導 <input type="checkbox"/> 清潔の援助 <input type="checkbox"/> 入浴介助 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 疾病服薬指導 <input type="checkbox"/> 処置( ) <input type="checkbox"/> ターミナルケア <input type="checkbox"/> 精神的支援 <input type="checkbox"/> 医療機器の管理 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 緊急加算 <input type="checkbox"/> その他				

日常生活の状況	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他( )	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他( )	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他( )	
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> その他( )		
	医療処置管理	酸素吸入 吸引 IVH 胃瘻・経管栄養 パルカテール 褥瘡 リハビリ その他( )				

医療情報	病名				
	医療機関名			TEL	
	主治医	医師名: ( 科 )			
	指示書依頼	( 済・未 ) コメント			
	経過及び介護状況				

その他	生活保護、減免、青年後見人の有無等	