



野いちご訪問看護ステーション

申込日：令和 年 月 日

申込者氏名		続柄	
電話番号	-	-	
住所			

●居宅支援事業所

居宅支援事業者名										
事業者番号										
電話番号	-					-				
FAX番号	-					-				
住所										
e-mail										
担当ケアマネ										

●ご利用者

(ふりがな) 氏名		生年月日	大・昭・平			年	月	日
		性別	男・女	年齢		歳		
住所	〒	電話番号	-		-			
		Fax番号	-		-			
緊急連絡先	続柄()氏名		電話番号	-		-		
主病名			特記事項	感染症・未告知等()				
現在の状況	<input type="checkbox"/> 歩いて外出可能 <input type="checkbox"/> 主に自宅内で生活 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 入院中(病院名:							

●介護保険・医療保険・公費

介護保険	保険者	区・市		被保険者番号					
	負担割合	割	要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中 区変中					
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日			認定日	平成・令和 年 月 日			
医療保険	保険種類	社保・国保・後期高齢・その他()							
	保険者番号	記号	被保険者番号				負担割合	割	

●主治医

かかりつけ医療機関		主治医	先生					
所在地	〒	電話	-		-			
		FAX	-		-			
受療状態	通院(回/週・月) 訪問診療(回/週・月) その他()							
指示書発行の了承	<input type="checkbox"/> 了承済み・ <input type="checkbox"/> これから相談			指示書依頼	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未			

●ご希望サービス

サービス内容	看護 : 週・月 回程度	看護利用希望曜日	月	火	水	木	金	
	リハビリ: 週・月 回程度	リハビリ利用希望曜日	月	火	水	木	金	
	看護: <input type="checkbox"/> 状態観察 <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 療養相談 <input type="checkbox"/> 他()							
	リハ: <input type="checkbox"/> 関節可動域訓練 <input type="checkbox"/> 筋力増強訓練 <input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練 <input type="checkbox"/> 歩行訓練(屋内・屋外) <input type="checkbox"/> 他()							

※訪問看護のご利用には主治医からの「訪問看護指示書」が必要です



TEL03-6913-8590

FAX03-6913-8591