訪問看護利用申込書

申込日　　年　　月　　日
受付者

フリガナ	性別	生年月日	年齢
利用者氏名	男・女	年　　月　　日	歳
電話番号　－　－	住所	〒　　－	
携帯番号　－　－			
フリガナ	住所	〒　　－	
緊急連絡先			
電話番号　－　－	特記事項		
携帯番号　－　－			

主病名		難病
主な症状		有・無

要介護度区分	☐ 要支援１　☐ 要支援２　☐ 要介護１　☐ 要介護２　☐ 要介護３　☐ 要介護４　☐ 要介護５	
	申請中（申請日　　年　　月　　日）	介護保険負担割合　１割　・　２割
保険情報	☐ 介護保険　☐ 医療保険　☐ 生活保護　☐ 自立支援	

利用内容

利用サービス	緊急時加算	利用回数	利用曜日	希望時間帯
看護・リハビリ	要・不要	回／週	月・火・水・木・金・土	午前・午後
利用時間	看護：３０分未満・３０分・６０分・９０分・その他　　リハビリ：４０分・６０分・その他			

依頼内容

☐ 状態観察	☐ 服薬管理	☐ 透析
☐ 日常生活援助・指導（食事・栄養等・排泄ケア）	☐ 保清（清拭・シャワー浴・入浴）	☐ ターミナルケア
☐ カテーテル・ドレーン類の管理	☐ 褥瘡予防・処置	☐ メンタルケア
☐ 中心静脈・点滴・輸液ポンプ	☐ 人工肛門・膀胱	☐ 認知症ケア
☐ 吸引・酸素管理	☐ リハビリテーション	☐ 家族ケア
☐ その他（　　）		

医療機関

名称		診療科
		科
〒　　－ 住所		
フリガナ	電話番号	－　　－
主治医氏名	FAX番号	－　　－

居宅介護支援事業所

名称		住所
		〒　　－
フリガナ	電話番号	－　　－
担当ケアマネージャー氏名	FAX番号	－　　－

いつもお世話になっております。

新規のご依頼ありがとうございます。

分かる範囲でご記入頂きますようお願い申し上げます。

TSUKASA 訪問看護ステーション

電話番号　045-620-6915
FAX　045-620-6991
e-mail　tsukasa.hvn@gmail.com