

# 訪問看護利用申込書

申込日： 年 月 日

氏名	(ふりがな)		男 ・ 女	住所	〒	
	生年月日	年 月 日生	歳	TEL		
保険情報	介護保険 要支援( 1・2 ) ・ 要介護( 1・2・3・4・5 ) ・ 申請中 ・ 区分変更中					
	保険者番号					
	被保険者番号		有効期限	年 月 日 ~		年 月 日
	負担割合		1割 ・ 2割 ・ 3割			
	医療保険 国民健康保険 ・ 社会保険 ・ 後期高齢者 ・ 障害手帳					
公費負担医療受給者証		あり(種類: ) ・ なし				
		認定年月日	年 月 日			
介護保険 ・ 医療保険 ・ 生活保護 ・ 自立支援 ・ その他( )						
主治医	医療機関名			(ふりがな) 医師名		
	住所			診療科		
	在宅 ・ 入院中(退院日: )			TEL		
疾患名				主 症 状		
介護者	氏名(ふりがな)		続柄	住所	電話番号	
	主介護者					
	緊急連絡先					
ADL	食事	全介助 ・ 一部介助 ・ 自立		排泄	全介助 ・ 一部介助 ・ 自立	
	移動	全介助 ・ 一部介助 ・ 自立		認知機能		
	清潔	全介助 ・ 一部介助 ・ 自立		その他		
希望すること	サービス時間	看護( 30分未満 ・ 30分 ・ 60分 ・ 90分 ・ その他 )				
	24時間・緊急時加算	要 ・ 不要 ・ 相談				
	内容	状態観察	服薬管理	ADL援助・指導	保清援助(清拭・入浴・シャワー)	
		褥瘡処置	ストマ管理	中心静脈・点滴	カテーテル管理	
		吸引	酸素管理	介護指導	糖尿病管理	
		ターミナルケア	メンタルケア	認知症ケア	リハビリテーション	
その他( )						
希望日時	曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 (土日祝は要相談)				
	時間帯	午前 ・ 午後		利用回数	回/週	
事業所	事業所名			担当CM		
	住所			TEL		
				FAX		
事業所番号						

※いつもお世話になっております。新規の申し込みありがとうございます。  
分かる範囲で記載をお願いします。