

訪問看護 利用申込書<ケアマネージャー様用>

申込日：平成 年 月 日

ケアマネ様	フリガナ	担当介護支援相談員	事業所名	
	フリガナ			
	氏名			
	事業所番号		電話番号	F A X 番号

ご利用者情報	フリガナ	性別	生年月日	年齢	
	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	歳	
	住所		車 格 先	<input type="checkbox"/> 自宅	電話番号
				<input type="checkbox"/> 病院	
				<input type="checkbox"/> 施設	
	介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中		年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定済
		年 月 日		年 月 日	
		保健者の名称	被保険者番号		
		要介護状態区分等	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	交付年月日 年 月 日
	認定の有効期間	年 月 日 から		年 月 日	
緊急連絡先	ご家族	続柄	フリガナ	性別	
			氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
主治医	医療機関名称		主治医	電話番号	

サービスの内容	<input type="checkbox"/> 健康相談（病状観察、血圧測定など）	<input type="checkbox"/> リハビリ
	<input type="checkbox"/> 日常生活の看護（清潔の世話、その他）	<input type="checkbox"/> 認知症の看護
	<input type="checkbox"/> 主治医の指示による医療処置（カテーテルの交換など）	
	<input type="checkbox"/> 家屋改善の相談	
<input type="checkbox"/> 介護相談		
<input type="checkbox"/> その他		

	希望曜日						
	月	火	水	木	金	土	日
	午前						
午後							

家族構成図	健康状態（麻痺等）	通院状況
同居家族は○で囲む		服用薬情報
	病歴等	
		水分の補給について
利用申込みに至る経緯、ご家族の習慣的・個別的な介護方法		