|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 訪問看護申込書 | | | | お申込日 | | | |
| 訪問看護ステーションきぼう | | |  | | | | 年　　月　　日（　　） | | | |
| ご依頼 | 看護師(30分以内・60分以内・90分以内） | | | | | | | リハビリテーション | | | |
| フリガナ |  | | | | | 性別 | | 生年月日 | | | |
| ご利用者様 |  | | | | | 男・女 | | M・T・S 　H・R | 年　　　月　　　日生　　　歳 | | |
| 現住所 | 〒 | | | | | | | 電話： | | | |
| 携帯： | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | | | | | | | 続柄 | | キーパーソン | |
| 住所〒 | | | | | | | 電話： | | | |
| 携帯： | | | |
| 特記事項（キーパーソン不在時の対応方法など） | | | | | | | | | | |
| 主病名 | 病名 | | | | | | | | | アレルギーの有･無 | |
| 症状 | 主な症状 | | | | | | | | |
| 要介護度区分 | 申請中　（　申請日　　　年　　　月　　　日　）  要支援　（　1　・　2　）  要介護　（　1　・　2　・　3　・　4　・　5　） | | | | | | | | | | |
| 保険情報 | 介護保険（負担割合　1割・2割・3割）　・　医療保険　・　その他（　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | | | 有効期限 | | | | | | |
| 交付年月日 | | | | 認定年月日 | | | | | | |
| 希望されるご利用内容にチェックしてください | ご利用回数 | 回／週：　　　　年　　月　　日からの利用開始を希望します | | | | | | | | | |
| ご訪問曜日 | 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金・（ 土 ・ 日 ）※カッコ内は要相談 | | | | | | | | | |
| 全身状態観察 | | | 褥瘡処置 | 酸素管理 | | | | ターミナルケア（終末期） | | |
| カテーテル管理 | | | 創傷処置 | 内服管理 | | | | リハビリテーション | | |
| 入浴介助・清潔 | | | 精神援助 | 点滴 | | | | 食事介助・栄養補助 | | |
| ストマ管理 | | | その他（　　　　　　　　 　　　　　　　） | | | | | | | |
| 医療機関 | 名称 | | | | フリガナ | | | | | | |
| 主治医氏名 | | | | | | |
| 住所〒 | | | | | | | 電話： | | | |
| 携帯： | | | |
| 居宅介護支援事業所 | 名称 | | | | ケアマネジャー氏名 | | | | | | |
| 事業所番号 | | | | | | |
| 住所〒 | | | | | | | 電話： | | | |
| 携帯： | | | |
| 備考 |  | | | | | | | | | | |

訪問看護ステーションきぼう　ＦＡＸ０３－５８４９－３６３１ 事業所番号　1362190660