

訪問看護 利用申込書<ケアマネージャー様用>

申込日： 年 月 日

| | | | | |
|-------|------|-----------|------|----------|
| ケアマネ様 | | 居宅介護支援専門員 | 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 | | | 性別 | 生年月日 | 年齢 | |
| | フリガナ | | | | | |
| | 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 | | 連絡先 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 | 電話番号 | |
| | | <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 認定済 | 年 月 日 | |
| | 介護保険 | 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 氏名 | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 電話番号 | |
| | | 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 | | |
| | | |