

訪問看護 利用申込書<ケアマネージャー様用>

ケアーズ訪問看護リハビリステーション文京後楽 行

FAX 03-6801-6937/TEL 03-6801-6932

申込日：平成 年 月 日

ケアマネ様		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	FAX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				<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		
		保健者の名称	被保険者番号		年 月 日		
		要介護状態区分等	要支援	要介護			交付年月日
			1 2	1 2 3 4 5	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	電話番号			
		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																							
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> <td>土</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		月	火	水	木	金	土	日	午前								午後						
	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	病歴等	服用薬情報
		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