

【申し込みFAX】

03-6379-5276

ナーシング・ケアステーション
梅ヶ丘
利用申込書〒156-0043
東京都世田谷区松原6-37-1
TEL 03-6379-0528
事業所番号：1391201231
setagaya.teikijunkai@mt.strins.or.jp

申込日 年 月 日

申込者氏名 (本人との関係)		申込者機関名	
電話番号		FAX	

利用者基本情報

(ふりがな) 利用者名	男 ・ 女	家族構成(同居家族)は○で囲んで下さい 本人 <u> </u>	
住 所			
	(マンション・アパート名まで記載してください)		
生年月日	T / S / H / R 年 月 日 (歳)	◆キ-パ-ソ- 氏名： 続柄：	
電話番号	携帯		
連絡先	名前：	続柄	連絡先

介護保険	区変中 申請中 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 負担割合 1・2・3
	認定有効期限： 年 月 日～ 年 月 日
医療保険	【主保険】 後期高齢者・国保・社保 【公費】 難病・生保・自立支援・その他
主治医医療機関名	病院名 医師名 (科)
住所	
主病名	発症年月日 年 月 日
利用申込理由・経緯・特記事項	

導入の意向

希望するサービス	●看護 週 回 ●介護 週 回
主治医への相談	済・未 本人または家族の了承を 得た・得ていない
指示書交付依頼	済・未 他の訪問看護ステーションの利用 有 無
他のサービスの利用状況	
	月 火 水 木 金 土 日
AM	
PM	