

【申し込みFAX】 03-6379-5276

訪問看護ステーション 梅ヶ丘 利用申込書

*どちらかに○をつけてください。

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		生年月日	年	月	日
住 所	〒 (マンション・アパート名まで記載してください)	性別	男	・	女
		年齢	歳		
主病名	特記事項	電話番号			
		感染症・未告知等			
主治医	病院名	医師名			
要介護度	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	申請中 (申請日 月 日)		

導入の意向

本人	(あり・迷っている・なし・不明)	家族	(あり・迷っている・なし・不明)
訪問看護	利用希望日	いつでも・月・火・水・木・金・土	希望利用回数 週 回
	利用時間	午前 ・ 午後 ・ どちらでもよい・その他	
療養通所介護	希望利用曜日	いつでも・月・火・水・木・金・土	希望利用回数 月 回
現在の状況	①自宅での生活	主な介護者 ()	続柄 ()
	②入院中	病院名 ()	退院予定日 ()
	③施設入所中	施設名称 ()	退所予定日 ()
外出時の移送方法	車椅子 ・ ストレッチャー ・ その他 ()		
家族状況	独居 ・ 日中独居 ・ 高齢者世帯 ・ その他の家族と同居		
相談主訴			
介護サービス 利用状況			

身元引受人・連絡者

(ふりがな) 利用者名	続柄	生年月日	年 月 日 (歳)
住所	電話番号		