【申し込みFAX】　FAX 03-6379-0428
（TEL 03-6379-0427）

訪問看護ステーション　梅ヶ丘・療養通所介護センター　梅ヶ丘
利用申込書

申込日　　年　　月　　日

（ふりがな） 利用者名		生年月日	ＭＴＳＨ　　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
		電話番号			

＜介護保険情報＞

介護保険	介護度	要支援 １ ・ ２　要介護 １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５　申請中　区変中			
	被保険者番号			負担割合	割
	認定日	年　月　日	認定期間	年　月　日 ～　年　月　日	
医療保険	保険種類	社保 ・ 国保 ・ 後期高齢 ・ その他（　）		負担割合	割
	保険者番号		記号		被保険者番号
公　費	生活保護 ・ 特定医療費 ・ マル障 ・ その他（被爆者手帳等　）				

＜主治医＞

かかりつけ医療機関		主治医	
受療状態	通院（　回/週・月）　訪問診療（　回/週・月）　その他（　）		
訪問看護指示書発行の了承	□了承済み　・　□これから相談		
療養通所介護指示書ご記入の了承 ※療養通所ご利用の場合	□了承済み　・　□これから相談		

＜利用希望＞　希望の事業所に○をつけてください。

（　　）訪問看護を希望する　　（　　）療養通所介護を希望する

（　　）療養通所介護・訪問看護を希望する

訪問看護	希望利用日	いつでも・月・火・水・木・金・土	希望利用回数	週　回
	□状態観察　□清潔ケア　□排便コントロール　□服薬管理　□褥瘡処置　□療養相談			
療養通所介護	希望利用日	いつでも・月・火・水・木・金・土	希望利用回数	週　回

既往歴	現在治療中の病気
・　（　年　月～）	・　（　年　月～）
・　（　年　月～）	・　（　年　月～）
・　（　年　月～）	・　（　年　月～）

現在の状況	□歩いて外出可能　□主に自宅内で生活　□寝たきり　□入院中（病院名　）			
医療行為の必要性	インシュリン注射	なし　あり	在宅酸素	なし　あり
	経管栄養	なし　あり	褥瘡	なし　あり
	ストマ	なし　あり	バルンカテーテル	なし　あり
感染症	検査未実施	なし　あり（ HB ・ HCV ・ 結核等感染症 ）		

担当ケアマネージャー名		TEL	
居宅介護支援事業所 地域包括支援センター		FAX	

東京リハビリテーションセンター世田谷　開設準備室
〒156-0043　東京都世田谷区松原6丁目39番18号　自然センタービル5階