

【申し込みFAX】

FAX 03-6379-0428

(TEL 03-6379-0427)

ナーシング・ケアステーション 梅ヶ丘 (定期巡回・随時対応型訪問介護看護) 利用申込書

申込日 年 月 日

(ふりがな) 利用者名		生年月日	M T S H	年 月 日	
住 所	〒	性別	男・女	年齢	歳
		電話番号			

(マンション・アパート名まで記載してください)

<介護保険情報>

介護保険	介護度	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	<input type="checkbox"/> 了承済み ・ <input type="checkbox"/> 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。

- () 定期巡回を希望する () 訪問看護を希望する
- () どちらも希望する

希望利用日	いつでも・月・火・水・木・金・土・日	希望利用回数	週 回	
<input type="checkbox"/> 状態観察 <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 療養相談				
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	<input type="checkbox"/> 歩いて外出可能 <input type="checkbox"/> 主に自宅内で生活 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 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		