

訪問看護 利用申込書<ケアマネジャー様用>

申込日:平成 年 月 日

ケアマネジャー様	居宅介護支援専門員		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				☐ 男 ☐ 女	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 年 月 日			歳	
	住所					連絡先 ☐ 自宅 ☐ 病院 ☐ 施設	電話番号			
	介護保険	☐ 未申請 ☐ 申請中 年 月 日 ☐ 認定済 年 月 日								
		保健者の名称			被保険者番号					
		要介護状態 区分等	要支援	要介護			交付年月日	年 月 日		
			1 2	1 2 3 4 5						
	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				☐ 男 ☐ 女		
主治医		医療機関名称			主治医			電話番号		

サービスの内容	希望曜日							
		月	火	水	木	金	土	日
	午前							
	午後							
	☐ 健康相談(病状観察、血圧測定など) ☐ リハビリ ☐ 日常生活の看護(清潔の世話、その他) ☐ 認知症の看護 ☐ 主治医の指示による医療処置(カテーテルの交換など) ☐ 家屋改善の相談 ☐ 介護相談 ☐ その他							

家族構成図	健康状態(麻痺等)	通院状況
		服用薬情報
	病歴等	

同居家族は○で囲む

		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		