# 訪問看護 利用申込書＜ケアマネージャー様用＞

まじめな訪問看護リハビリステーション　行　　ＦＡＸ　050-3158-9509／ＴＥＬ 048-424-2260

申込日：令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ケアマネ様 |  | 担 当 介 護 支 援 相 談 員 | 事 業 所 名 |
| フリガナ |  |  |
| 氏名 |  |
| 事 業 所 番 号 | 電 話 番 号 | Ｆ Ａ Ｘ 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 | 電話番号 |
| □病院 |  |
| □施設 |
| 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）　　　□　認知症の看護□　日常生活の看護（清潔の世話、その他）　　□　家屋改善の相談□　主治医の指示による医療処置（カテーテルの交換など）　□　リハビリ（週　　　回、1回あたり　　　分）□　介護相談□　その他 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 家族構成図 | 健康状態（麻痺等） | 通院状況 |
| 同居家族は○で囲む |  |  |
| 服用薬情報 |
| 病歴等 |  |
|  |
| 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 |
|  |

まじめな訪問看護リハビリステーション