

訪問看護ステーション都葦 利用申込書

お分かりになる範囲でご記入ください

申込日 年 月 日

日

|   |   |                                     |   |                 |        |
|---|---|-------------------------------------|---|-----------------|--------|
| フリガナ<br>利用者様氏名                                | 様   |                                     | 性別  | 男 ・ 女           |        |
| 生年月日  | M T S H R   |                                     | 年   | 月               | 日 ( 歳) |
| 住所  | 電話  |                                     | 電話：   |                 |        |
|   |   |                                     | 携帯：   |                 |        |
| 保険情報  | <input type="checkbox"/> 介護保険 (1割・2割・3割) <input type="checkbox"/> 医療保険 (1割・2割・3割) <input type="checkbox"/> その他 ( )<br><input type="checkbox"/> 公費 ( 生保 ・ 都 ・ 障 ・ 親 ・ 乳 ・ 子 ・ 長 ・ 自立支援 )   |                                     |   |                 |        |
|   | <small>介護度</small> 要支援 (1・2)    要介護 (1・2・3・4・5)    申請中 ・ 区変中  |                                     |   |                 |        |
| 緊急連絡先   | 氏名  | 続柄                                  | 電話  |                 |        |
|   | 住所  |                                     | 家族構成  |                 |        |
|   | 特記事項 (不在時の対応など)   |                                     |   |                 |        |
| 主病名   |   |                                     |   |                 |        |
| 症状  |   |                                     |   |                 |        |
| 既往歴   |   |                                     |   |                 |        |
| 生活歴   |   |                                     |   |                 |        |
| 生活状況  | 移動  | 自立 見守り 一部介助 全介助                     | 更衣  | 自立 見守り 一部介助 全介助 |        |
|   | 食事  | 自立 見守り 一部介助 全介助                     | 入浴  | 自立 見守り 一部介助 全介助 |        |
|   | 排泄  | 自立 見守り 一部介助 全介助                     | 意思疎通  | 自立 見守り 一部介助 全介助 |        |
|   | 住環境   |                                     |   |                 |        |
|   | その他   | 利用中のサービスや医療機器など使用しているものがあれば記載してください |   |                 |        |
| ご依頼内容<br><small>※状況によりご希望に添えない場合があります</small> | <input type="checkbox"/> 看護 (30分・60分・90分) 回/週   |                                     | <input type="checkbox"/> リハビリ (40分・60分) 回/週 |                 |        |
|   | 希望曜日  | 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 特になし            |   |                 |        |
|   | <input type="checkbox"/> 全身状態観察 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 清拭・清潔ケア<br><input type="checkbox"/> カテーテル管理 <input type="checkbox"/> 栄養管理 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 精神援助 <input type="checkbox"/> ストマ管理<br><input type="checkbox"/> ターミナルケア <input type="checkbox"/> 酸素管理 <input type="checkbox"/> リハビリテーション ( <input type="checkbox"/> Ns <input type="checkbox"/> PT/OT <input type="checkbox"/> ST )<br><input type="checkbox"/> 排泄管理 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                     |   |                 |        |
|   |   |                                     |   |                 |        |
| 備考欄   |   |                                     |   |                 |        |
| 医療機関  | 名称  | フリガナ<br>主治医氏名                       |   |                 |        |
|   | 住所  | 電話                                  |   |                 |        |
|   |   | FAX                                 |   |                 |        |
| 支援事業所   | 名称  | 担当者氏名                               |   |                 |        |
|   | 住所  | 電話                                  |   |                 |        |
|   |   | FAX                                 |   |                 |        |