

訪問看護申込書 ①基本情報

申込日:平成 年 月 日

訪問看護(リハビリ)を利用したいので、下記の通り申し込みます。

申込み事業者名 _____ 電話: - -
 申込み担当者(職種) _____ FAX: - -

(フリガナ)

申込み利用者氏名 _____ 性別 (男 ・ 女)

生年月日 M・T・S・H _____年 _____月 _____日生 (歳)

住 所 〒 - _____

※住宅地図の添付をお願いいたします。

電 話 - -
 緊急連絡先 - - (続柄:)

●医療機関情報 ※医療機関は訪問看護指示書を依頼する医療機関名、主治医はフルネームをご記入下さい。

かかりつけの医療機関名 _____
 主 治 医 _____ 科 _____ 医師
 住 所 _____
 電 話 - -

●介護保険等 ※介護保険証のコピーがありましたら添付して下さい。

介 護 保 険(介護度) 要支援(1 2) ・ 要介護(1 2 3 4 5) 申請中

介護保険被保険者番号		負担割合
市町村番号		1割 ・ 2割
被保険者番号		
有効期限		

障害者手帳 無 ・ 有 ()種 ()級
 重度障がい者医療費助成 無 ・ 有
 特定疾患の認定 無 ・ 有 (認定疾患名:)

●現在ご利用中のサービスについて

サービス内容	サービス事業者名	利用頻度および曜日
訪問介護		
訪問看護		
訪問入浴		
通所リハビリ		
通所介護		
短期入所生活介護		
短期入所療養介護		
その他のサービス		

(医)らぼーる新潟・ゆきよし訪問看護ステーション

訪問看護申込書 ②-2 利用者情報

食 事	自立 一部介助 全介助	嚥 下 障 害	なし	あり				
		経 口	常食	流動食	刻み食	ミキサー食	とろみ食	
		経 管	胃ろう	腸ろう				
		義 歯	なし	あり	(部分 ・ 総義歯)			
排 尿	自立 一部介助 全介助	尿 意	なし	あり				
		方 法	トイレ	ポータブル	オムツ	カテーテル等		
排 便	自立 一部介助 全介助	便 意	なし	あり				
		方 法	トイレ	ポータブル	オムツ			
		下 剤 使 用	なし	あり				
移 動	自立 一部介助 全介助	方 法	独歩	車椅子	歩行器	その他()		
清 潔	自立 一部介助 全介助	方 法	浴槽入浴	シャワー浴	清拭			
睡 眠	良	不良	眠剤の使用 : なし あり()					
意 思 伝 達	良	不良						
理 解 力	良	不良						
言 語 障 害	なし	あり	()					
認 知 症	なし	あり	診断: S・H 年 内服: なし あり					
視 力 障 害	なし	あり	(右 ・ 左)					
難 聴	なし	あり	(右 ・ 左)					
関 節 拘 縮	なし	あり	部位 ()					
麻 痺	なし	あり	部位 ()					
知 覚 異 常	なし	あり	部位 ()					