

# 訪問看護 利用申込書〈ケアマネージャー様用〉

申込日： 年 月 日

ケアマネ様		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	F A X 番号

ご利用者情報			性別	生年月日	年齢		
	フリガナ			□明治 □大正 □昭和			
	氏名		□男 □女	年 月 日	歳		
	住所			車 格 先	電話番号		
					□自宅		
					□病院 □施設		
	介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中   年 月 日 <input type="checkbox"/> 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
			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	<input type="checkbox"/> 健康相談（病状観察、血圧測定など）	<input type="checkbox"/> リハビリ
	<input type="checkbox"/> 日常生活の看護（清潔の世話、その他）	<input type="checkbox"/> 認知症の看護
	<input type="checkbox"/> 主治医の指示による医療処置（カテーテルの交換など）	
	<input type="checkbox"/> 家屋改善の相談	
<input type="checkbox"/> 介護相談		
<input type="checkbox"/> その他		

	希望曜日						
	月	火	水	木	金	土	日
	午前						
午後							

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		