

訪問看護 利用申込書<ケアマネージャー様用>

ハーネス訪問看護ステーション 行 FAX 03-6425-8635/TEL 03-6425-8634

申込日：令和 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	

利用者情報	フリガナ		性別	生年月日	年齢		
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	歳		
	住所	〒		連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設	電話番号	
	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	
		保健者の名称		被保険者番号		年 月 日	
		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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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