

# 訪問看護 利用申込書<ケアマネージャー様用>

申込日：平成 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				
	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 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
		<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中	年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定済	年 月 日
	介護保険	保健者の名称 要介護状態区分等 認定の有効期間	被保険者番号 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 年 月 日 から 年 月 日	交付年月日 年 月 日	
	緊急連絡先	ご家族 続柄	フリガナ 氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電話番号
		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"/> 日常生活の看護（清潔の世話、その他） <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	<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 認知症の看護
		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	病歴等	服用薬情報
		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	