

# 訪問看護申し込み書

一般社団法人空と花 訪問看護リハビリステーション 日本財団在宅看護センター 宛

TEL: 03-6458-2395 FAX: 03-6458-2427

平成 年 月 日

利用者	被保険者番号	0	0	0	0								
	フリガナ氏名												
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	才	性別	男・女					
	認定結果 (保険証コピーでも可)	要支援	1	2	3	4	5	要介護	1	2	3	4	5
	認定有効期間	申請中 申請日:平成 年 月 日											
	住所	〒116-00 東京都荒川区											
	電話番号	電話 ( )											
	利用目的 (何をしてもらいたいか) 本人の希望 事業所名												
居宅介護支援事業者	事業者番号												
	住所												
	電話/FAX番号	電話 ( )					FAX ( )						
	フリガナ 担当ケアマネジャー												
主治医	病院名						主治医名						
	住所						電話番号	( )					
緊急連絡先	氏名						続柄						
	住所						電話番号	( )					
どのような状況か(わかる範囲で)						家族構成							
												女性=○、男性=□、本人=◎・□、死亡=●・■、同居=	
現在飲んでいる薬		A D L	食事	自立	一部介助	全介助	そ の 他						
			移動	自立	一部介助	全介助							
			排泄	自立	一部介助	全介助							
			入浴	自立	一部介助	全介助							
			着替え	自立	一部介助	全介助							
			整容	自立	一部介助	全介助							
			意志疎通	可	不可								
現在利用中の福祉等サービス		<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 居宅療養管理 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他											
利用開始希望日		平成 年 月 日 ( )											
利用日		月 火 水 木 金 週 ・ 月 回											

※ ADL表や家族図など、お使いの用紙ございましたら、そちらを添付してください。