

# 訪問看護新規申込書

ご利用希望の際は分かる範囲で下記にご記入の上、SAILING LIFE訪問看護リハビリステーション  
にご相談ください

年 月 日 記入

申込事業所 (医療機関) (ご本人・ご家族)	電話番号			
	FAX番号			
	担当者氏名			
ふりがな			性別	家族構成図・年齢
利用者氏名			男 女	
生年月日	T / S / H	年 月 日 ( 歳 )		
住所				
電話				キーパーソン：
介護保険	保険者番号			被保険者番号
	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 申請中 区分変更中			
医療保険	後期・国保・社保・その他		公費負担	生保・難病・障害・その他
希望するサービス	看護 ・ リハビリ		希望する曜日・時間帯・頻度等	
現在の状況	入院中 ・ 在宅 ・ サービス利用の有無		希望開始日	
指示書依頼先 医療機関	名称： 所在地： 主治医名：	担当科：	担当ケアマネ：無・有 ( ) 事業所名： 連絡先：	
訪問看護導入に関する主治医の了解 有 ・ 無			* 申込者がケアマネ以外の場合ご記入ください	
主な疾患			服薬中の薬	
利用申し込みに至るまでの経緯				
依頼内容： <input type="checkbox"/> 状態管理 <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 排泄ケア <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 栄養管理 <input type="checkbox"/> 皮膚のケア <input type="checkbox"/> 医療処置 <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> ターミナルケア <input type="checkbox"/> 認知症ケア <input type="checkbox"/> その他				

その他状況が分かる書類があれば可能な範囲で情報提供をお願い致します。