

# 訪問看護ご利用申込書

FAX: 03-5738-7828 (TEL: 03-5738-7827)

※お分かりになる範囲でご記入お願い致します。 お申込み日 平成 年 月 日( )

フリガナ						
ご利用者様氏名						
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	才 性別 男・女	
現住所	〒 -			電話 携帯		
緊急連絡先	緊急連絡先氏名			続柄	キーパーソン	
	住所〒 -			電話 携帯		
	特記事項(キーパーソン不在時の対応等)					
主病名・症状	病名	主な症状		アレルギー (有・無)		
日常生活自立度	寝たきり度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
	認知症日常生活自立度	I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M				
要介護度区分	申請中(申請日 年 月 日) 要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)					
保険情報	介護保険・医療保険・その他( )					
	被保険者番号		後期高齢者受給者番号			
	有効期限		公費負担者番号			
	交付年月日		受給者番号			
	認定年月日		手帳番号			
	障害者級 度 級	合併障害 (有・無)	市町村番号 ( )	自立支援医療受給者番号		
ご希望の ご利用内容	ご利用回数	週 回 / 平成 年 月 日からの利用開始希望				
	ご利用曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 ( <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日) ※( )内は要相談				
	ご利用時間	<input type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> 60分 <input type="checkbox"/> 90分 <input type="checkbox"/> その他( )				
	訪問看護 ご依頼内容	<input type="checkbox"/> 内服薬・外用薬の管理 <input type="checkbox"/> 全身状態の観察 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置・予防				
		<input type="checkbox"/> 日常生活援助(食事・栄養等・排泄ケア・清拭・入浴等) その他( )				
		<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"/> カテーテル・ドレーン類の管理				
		<input type="checkbox"/> 人口肛門・膀胱 <input type="checkbox"/> 中心静脈・点滴・輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 酸素等 <input type="checkbox"/> 透析等 <input type="checkbox"/> 吸引				
		<input type="checkbox"/> 精神的ケア <input type="checkbox"/> 在宅用医療機器類の管理				
	<input type="checkbox"/> その他(医療的処置又は医療機器などの装着、ご使用があればご記入下さい。)					
	緊急時加算のご利用 (要・不要)					
居宅介護支援事業所	名称	フリガナ		事業所番号		
		担当CM 氏名				
	所在地	TEL		FAX		
医療機関	名称	フリガナ		事業所番号		
		担当CM 氏名				
	所在地	TEL		FAX		
	特記事項					
備考						

株式会社スマイライフ  
 訪問看護ステーション スマイライフ 代々木上原 (1361390121)  
 東京都渋谷区西原1-10-15 B棟