

訪問看護 利用申込書<ケアマネージャー様用>

申込日： 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	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 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	
	要介護状態区分等	要支援	要介護			交付年月日
	認定の有効期間	年 月 日		から 年 月 日		
	ご家族	続柄	フリガナ	性別	電話番号	
	主治医	医療機関名称		主治医	電話番号	
	緊急連絡先			氏名	性別	電話番号
					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	

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	希望曜日							
	<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	月	火	水	木	金	土	日	
	<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	午前							
	<input type="checkbox"/> 介護相談	<input type="checkbox"/> その他	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	