

# 訪問看護 利用申込書<ケアマネジャー様用>

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			性別	生年月日	年齢		
	フリガナ						
	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 女					
	住所	年 月 日			歳		
	介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中		<input type="checkbox"/> 認定済		年 月 日	
		保険者の名称		被保険者番号			
		要介護状態区分等		要支援	要介護	交付年月日	年 月 日
				1 2	1 2 3 4 5		
	認定の有効期間		年 月 日 から		年 月 日		
	緊急連絡先	ご家族	続柄	フリガナ	性別	電話番号	
			氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
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"/> リハビリ
	<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
	<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	

	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	