訪問看護ご利用申し込み書

FAXでご送付下さい。【中野】FAX：03-6849-5039　/　【足立】FAX：03-5856-5233

お申込み日：平成　　年　　月　　日

フリガナ		男　・　女
ご利用者氏名		電話：
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日　　満　　歳	家族構成
現住所　〒		
【これまでの経緯・訪問導入に至る経緯】		

予測される訪問回数・希望曜日
＊希望に沿えない場合もありますが、ご了承下さい。

キーパーソン	氏名		続柄
	住所　〒		電話
			携帯
主病名・症状	主病名	主な症状	
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　）		
	生活保護　（　有　・　無　）		
	公費　（　有（　　）・　無　）		
	介護保険　・　医療保険　・　その他（　　）		

希望されるご利用内容	□　全身状態の観察　　□　内服薬等の管理　　□　褥瘡処置・予防 □　日常生活援助 食事　栄養　排泄ケア　清潔　家族　その他 □　日常生活指導 食事　栄養　排泄ケア　清潔　家族　その他 □　カテーテルドレーン類の管理　　□　リハビリテーション　　□　ターミナルケア □　各種輸液管理　　□　人工肛門・膀胱 □　精神的ケア　　□　在宅用医療機器類の管理 □　その他（　　）

医療機関	名称	フリガナ	
		主治医氏名	
	所在地　〒	電話	
		FAX	
指示書を出す医療機関	名称	フリガナ	
		医氏名	
	所在地　〒	電話	
		FAX	
居宅介護支援事業所	名称	フリガナ	事業所番号
		ケアマネージャー氏名	
	所在地　〒	電話	
		FAX	
備考			

ケアプロ訪問看護ステーション東京　中野ステーション
〒164-0011　東京都中野区中央4-25-14　中央ハウスB2
TEL：03-6696-9789
FAX：03-6849-5039

ケアプロ訪問看護ステーション東京　足立ステーション
〒121-0815　東京都足立区島根3-5-8　コーソカラオケ201
TEL：03-5851-8809
FAX：03-5856-5233

Care pro
Your Health, Our Mission.