

ケアプロ訪問看護ステーション東京 訪問看護ご利用申し込み書

お申込み日
年 月 日

※依頼先を下記より選択して、FAXにて送付下さい。

【 】 中野ステーション FAX : 03-6849-5039

【 】 足立ステーション FAX : 03-5856-5233

フリガナ			性別 : 男 ・ 女
ご利用者氏名			生年月日 : (明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令) 年
現住所 〒			月 日 満 才
【これまでの経緯・訪問導入に至る経緯】			電話
			家族構成
・ 予定開始日 ・ 予測訪問回数 ・ 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	J 1 ・ J 2 ・ A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2	
	認知症日常生活自立度	I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M	
要介護度区分	申請中 (申請日 年 月 日)	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	<input type="checkbox"/> 全身状態の観察 <input type="checkbox"/> 内服薬等の管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置・予防 <input type="checkbox"/> 日常生活援助 : 食事 栄養 排泄ケア 清潔 家族 その他 <input type="checkbox"/> 日常生活指導 : 食事 栄養 排泄ケア 清潔 家族 その他 <input type="checkbox"/> カテーテルドレイン類の管理 <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"/> 各種輸液管理 <input type="checkbox"/> 人工肛門・膀胱 <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 ()		
依頼者情報	氏名 (シメイ) :		
	所属 :	電話	
医療機関 ※依頼者情報省略化	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 ※依頼者情報省略化	名称	フリガナ	
		医氏名	
	所在地 〒	電話	FAX
居宅介護 支援事業所 ※依頼者情報省略化	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			