

ローズ訪問看護ステーション 利用申込書

申込日 : 令和 年 月 日

申込者がケアマネジャー様 ※右欄のみで結構です。

● 居宅支援事業所 ※ご記入いただくか、お名刺を貼付ください。

申込者氏名		続柄	
電話番号			
住所	〒		
備考			

居宅支援事業者名				
事業者番号				
電話番号				
FAX番号				
住所	〒			
担当ケアマネジャー				
備考				

● ご利用者 ※以下、可能な範囲でご記入ください。

(ふりがな)		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
氏名		性別	男・女	年齢		歳
住所	〒		電話			
			FAX			
	建物名		Eメール			
緊急連絡先	続柄 ()					連絡先
主病名		特記事項	感染症・未告知等			
現在の状況	<input type="checkbox"/> 歩いて外出可能 <input type="checkbox"/> 主に自宅内で生活 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 入院中 (病院名:)					

● 介護保険・医療保険・公費

介護保険	被保険者番号					保険者	区・市・町・村	
	負担割合	割	要介護度	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	申請中	区変中	
	認定期間	令 年 月 日 ~ 年 月 日		認定日	令 年 月 日			
医療保険	保険種類	社保・国保・後期高齢・その他 ()						
	保険者番号	記号	被保険者番号	負担割合	割			
公費	生活保護・特定医療費・マル障・その他 (被爆者手帳等)							

● 主治医

かかりつけの医療機関		主治医	
所在地	〒		電話
			FAX
受療状態	通院 (回/週・月) 訪問診療 (回/週・月) その他 ()		
訪問看護指示書発行の了承	<input type="checkbox"/> 了承済み <input type="checkbox"/> これから相談		

● ご利用詳細

依頼内容	看護: <input type="checkbox"/> 状態観察 <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 療養相談 <input type="checkbox"/> 他 () リハビリ: <input type="checkbox"/> 関節可動域訓練 <input type="checkbox"/> 筋力増強訓練 <input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練 <input type="checkbox"/> 歩行訓練 (屋内・屋外) <input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> 他 ()					
				看護: 週・月 回程度	リハビリ: 週・月 回程度	
利用希望曜日		月	火	水	木	金
	午前					
	午後					
希望時間帯に○をつけてください。(営業日: 月~金) ※現在ご利用頂いているサービス等がありましたら併せてご記入下さい。						

※訪問看護のご利用には主治医からの「訪問看護指示書」が必要です。

rose ローズ訪問看護ステーション (高円寺) Tel:03-3313-2014 Fax:03-3313-2114

(株)ライフサイクロペディア 2022.10.01 Ver4.0