

ローズ訪問看護・療養通所介護 利用申込書

申込日：平成 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、お名刺を添付ください。

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	

申込者氏名		続柄	
電話番号			
住所	〒		
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			
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	平成	年	月	日	～	年	月	日	認定日	平成	年	月
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		療養通所介護指示ご記入の了承 ※療養通所ご利用の場合 <input type="checkbox"/> 了承済み <input type="checkbox"/> これから相談

●ご利用されるサービス

<input type="checkbox"/> 訪問看護	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"/> 他 ()
	看護: 週・月 回程度 リハビリ: 週・月 回程度
<input type="checkbox"/> 療養通所介護	療養通所介護と併せてご利用される訪問看護サービス: <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> リハビリ ※どちらか必須になります。
	療養通所介護: 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」、療養通所介護のご利用には主治医の「許可」が必要です。



ローズ訪問看護ステーション・ローズ療養通所介護 Tel:03-3313-2014 Fax:03-3313-2114