

訪問看護利用申込書

訪問看護ステーション STORY 学芸大学

電話 03-6452-3539

FAX 03-6452-3538

申し込み日 西暦 年 月 日

| | | | | |
|--------------------|--|-------------------|---------------|------------------|
| ご依頼者様 (連絡先) | お名前 | | | |
| | 事業所名 | | | |
| | 住所 | | | |
| | 電話番号 | | FAX | |
| ご利用者様 | お名前 | ご家族様お名前 続柄 () | | |
| | 性別 | 男 女 | 生年月日 | T S H 年 月 日 年齢 歳 |
| | ご住所 | | | |
| | 電話番号 | | | |
| | 主病名 | | | |
| | 既往歴 | | | |
| 主治医 (医療機関) | お名前 | | | |
| | 名称 | | | |
| | 住所 | | | |
| | 電話番号 | | | |
| 訪問看護利用 | <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 訪問看護利用あり | | | |
| 介護保険 要介護度 | <input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 要介護1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 未申請・申請中 | | | |
| 介護保険負担割合 | <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 | | | |
| 医療保険 | <input type="checkbox"/> 後期高齢者保険証 <input type="checkbox"/> 国民健康保険高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 国民健康保険保険証 <input type="checkbox"/> 社会保険保険証 | | | |
| 高額療養費限度額認定証 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| 障害受給者証 | 種類 | 自己負担上限額 | 有効期間 | |
| 国保受給者証 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | |
| 訪問看護開始時期 | | 訪問頻度 週 回 | ご希望の曜日 時間帯 | |
| 他のサービス利用状況 | | | | |
| 家族構成 | | ADL の状況 | | |
| 認知症の診断の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| ご依頼内容 | | | | |
| 医療処置 | | | | |
| 処方薬 | | | | |
| 備考 | | | | |