

訪問看護利用申込書

申込日： 年 月 日

氏名	(ふりがな)		男 ・ 女	住所	〒	
	生年月日	年 月 日生	歳	TEL		
保険情報	介護保険 要支援(1 ・ 2) ・ 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) ・ 申請中 ・ 区分変更中					
	保険者番号					
	被保険者番号		有効期限		年 月 日 ~ 年 月 日	
	負担割合		1割 ・ 2割 ・ 3割			
	医療保険 国民健康保険 ・ 社会保険 ・ 共済 ・ 船舶 ・ 後期高齢者 ・ 障害手帳					
	公費負担医療受給者証		あり(種類:) ・ なし			
		認定年月日		年 月 日		
生活保護 ・ その他()						
主治医	医療機関名				(ふりがな) 医師名	
	住所		〒		診療科	
	在宅 ・ 入院中(退院日:)		TEL			
疾患名			症状・経過			
介護者	氏名(ふりがな)		続柄	住所	電話番号	
	主介護者					
	緊急連絡先					
A D L	食事 (嚥下・制限)				排泄 (方法・管理)	
	移動				認知機能	
	清潔・入浴				その他	
希望	内容		状態管理	服薬管理	ADL援助・指導	せん妄・認知症援助
			創傷・褥瘡処置	ストマ管理	中心静脈・点滴	カテーテル管理
			吸引	精神援助	介護指導	その他()
			記載			
	希望日時		看護 (30分・60分・90分)	曜日 時間帯	月・火・水・木・金・土・日 時 分 ~ 時 分	
他	【後見人 あり・なし】 【虐待 あり・なし】 【終末期希望の確認 あり・不明】 【金銭管理 可・不可】					
居宅支援事業所	事業所名				担当CM	
	住所		〒		TEL	
					FAX	
事業所番号						

G.グレイス訪問看護ステーション
事業所番号:1361990656

〒174-0076
東京都板橋区上板橋2-55-4

TEL:03-6281-0833
FAX:03-6281-0834