訪問看護　利用申込書

申込日　　年　　月　　日

申込者氏名 （担当者）		申込者機関	
ＴＥＬ		ＦＡＸ	

利用者基本情報

（ふりがな）		生年月日	Ｍ　Ｔ　Ｓ　Ｈ　　年　　月　　日（　　歳）
氏名		電話番号	
住所			
主な疾患名			
主治医	＜病院名＞　　＜医師名＞		
要介護度	要支援 １・２　　要介護 １・２・３・４・５　　申請中（申請日　　月　　日）		

訪問介護導入の意向

本人（ あり ・ 迷っている ・ な し ・ 不明 ）　　家族（ あり ・ 迷っている ・ なし ・ 不明 ）	
希望利用頻度	週に1回　・　週に2回　・　週に3回　・　その他（　　）
希望利用日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ その他（　　）
希望利用時間	午前　・　午後　・　どちらでも良い　・　その他（　　）
家族状況	独居　・　日中独居　・　高齢者世帯　・　その他の家族と同居（　　）
現在の状況	
相談主訴	
介護サービス 利用状況	
ケアマネージャー	〒
希望の看護 サービス内容	□症状・状態の観察　□薬剤管理・指導　□食事・栄養指導　□排便管理 □入浴・清拭保清の援助　□リハビリテーション　□褥瘡・傷の処置　□医療機器管理・指導 □医療連携　□家族指導　□ターミナルケア □その他（　　）

身元引受人・連絡者

（ふりがな）		続柄	生年月日	Ｍ　Ｔ　Ｓ　Ｈ　　年　　月　　日（　　歳）
氏名			電話番号	

連絡調整予定

初回指示書	（連絡）　　済　・　未	保険	介護保険　・　医療保険

京浜病院訪問看護ステーションよろこび

ＴＥＬ：03-6423-2131　ＦＡＸ：03-3745-3634　mail : houkan@keihin-hospital.jp