

# 訪問看護サービス依頼申込書

ご依頼誠にありがとうございます。  
ご記入の上、お手数ですがFAXまたはメールにて送信お願いいたします。

## FAX 03-6429-8611

お申込日 年 月 日

|                   |  |  |   |
|-------------------|--|--|---|
| 事業所名              | 電話番号   |  |   |
|                   | FAX番号  |  |   |
| 事業者番号             | 担当者氏名  |  |   |
| ふりがな              | 性別   | 家族構成（その他ご家族に関する情報）   |   |
| ご利用者氏名            | <input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性   |  |   |
| 生年月日              | 年 月 日  |  |   |
| 住所                | 〒 -  |  |   |
| 電話番号              |  |  |   |
| 緊急連絡先<br>(キーパーソン) | 氏名   | 続柄   |   |
|                   | 住所 〒 -   | 電話番号   |   |
|                   |  | 携帯電話番号   |   |
| 介護保険              | (要支援) 1 2 (要介護) 1 2 3 4 5<br>申請中 (申請日 年 月 日)   |  |   |
| 医療保険              | <input type="checkbox"/> 後高 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> その他 | 公費負担<br>医療   | <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 難病指定 <input type="checkbox"/> その他公費 ( )<br><input type="checkbox"/> 申請中 (詳細: ) |
| 主病名               |  |  |   |
| ご希望される<br>ご利用内容   | ご利用日時  | 曜日 ( 曜日) 時間 ( 時 分 ~ 時 分)<br>ご希望に沿えないこともあります、ご承知おきください。   |   |
|                   | 職種   | <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT  |   |
|                   | 訪問看護内容   | <input type="checkbox"/> 病状観察 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡、創部処置<br><input type="checkbox"/> 医療処置 (点滴、カテーテル管理など) <input type="checkbox"/> ターミナルケア<br><input type="checkbox"/> 日常生活上での看護 (清潔援助、食事介助など) <input type="checkbox"/> リハビリテーション<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |   |
| 注意事項<br>ご要望等      |  |  |   |
| 指示書を出す<br>医療機関名   | 名称   | ふりがな   |   |
|                   |  | 主治医氏名  |   |
|                   | 電話番号   | FAX番号  |   |
|                   | 医師に指示書記入の了解 ( <input type="checkbox"/> 済・ <input type="checkbox"/> 未) 済みの場合は早急に医師に指示書依頼をさせていただきます。               |  |   |

### 訪問看護ステーションそらまめ

〒145-0064 東京都大田区上池台2-1-11-101

TEL 03-6429-8611 FAX 03-6429-8612 Mail soramame.kango@gmail.com