FAX03-5819-4142　　電話03-5819-4200　　受付　月曜～金曜　　9：00～18：00

うさぎ訪問看護ステーション　利用申込書

記入日：　　年　　月　　日

依頼者	事業所名 病院名		電話：
	ご担当者		FAX:

利用者基本情報	ふりがな 様		性別	〒
	大・昭・平・令　年　月　日（　歳）			電話番号
	家族①	氏名	（続柄　）	家族構成（キーパーソンにKP、同居家族を〇囲む）
		電話		
	家族②	氏名	（続柄　）	
		電話		

医療機関名：	電話：
主治医師名：	FAX：
主病名：	自宅　・　入院中　・　入所中
	いつから：
現在の状況（利用目的や使用中の医療機械などの情報）	

退院(所)予定		退院ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ予定日		退院時共同指導	有　・　無
保険情報	□ 介護保険　□ 医療保険　□ 公費（　）　□ その他（　）				
介護認定情報	要介護度		有効期間	年　月　日 ～　年　月　日	
	認定日	年　月　日	□ 未申請　□ 申請中　□ 区変中（申請日：　）		
	負担割合		保険者番号		被保険者番号

希望サービス情報	□ 看護師　□ 理学療法士				
	希望の曜日、時間帯、回数または頻度、利用開始日など				
	希望のサービス内容				
	□ 症状・状態観察	□ 薬剤管理・指導	□ 排泄管理	□ 入浴・保清の援助	□ 医療連携
	□ 褥瘡・創部の管理	□ 食事・栄養指導	□ 家族指導	□ 注射関係の援助	□ ターミナル
	□ リハビリ（呼吸・身体機能・リラクゼーション・社会復帰目的）				
	□ その他（　）				
	備考（その他の要望、他のサービス利用状況、成年後見人の有無など）				

FAX03-5819-4142