

申込日： 年 月 日

|                |                 |   |              |          |               |       |   |
|----------------|-----------------|---|--------------|----------|---------------|-------|---|
| 氏名             | (ふりがな)          |   | 男<br>・<br>女  | 住所       | 〒             |       |   |
|                | 生年月日            | 年 月 日生 歳                                    |              | TEL      |               |       |   |
| 保険情報           | 介護              | 要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)・申請中・区分変更中           |              |          |               |       |   |
|                | 保険              | 保険者番号                                       |              |          |               |       |   |
|                |                 | 被保険者番号                                      |              | 有効期限     | 年 月 日 ~ 年 月 日 |       |   |
|                | 療保              | 負担割合  | 1割 ・ 2割 ・ 3割 |          |               |       |   |
|                |                 | 国民健康保険                                      | ・            | 社会保険     | ・             | 後期高齢者 | ・ |
|                | 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)   |               |       |   |
|                | 住所              |   |              | 医師名      |               |       |   |
|                | 在宅 ・ 入院中(退院日: ) |   |              | 診療科      |               |       |   |
|                |                 |   |              | TEL      |               |       |   |
| 疾患名            |                 |   |              | 主症状      |               |       |   |
| パーソン           | 氏名(ふりがな)        |   | 続柄           | 住所       | 電話番号          |       |   |
|                | 氏名              |   |              |          |               |       |   |
|                | 緊急連絡先           |   |              |          |               |       |   |
| A<br>B         | 食事              |   |              | 排泄       |               |       |   |
|                | 移動              |   |              | 認知機能     |               |       |   |
|                | 清潔              |   |              | その他      |               |       |   |
| 希望すること         | 希望するサービス        | 看護 ・ リハビリ                                   | 利用回数         | 回/週      |               |       |   |
|                | サービス時間          | 看護(30分 ・ 60分 ・ 90分) ・ リハビリ(20分 ・ 40分 ・ 60分) |              |          |               |       |   |
|                | 内容              | 状態管理  | 服薬管理         | ADL援助・指導 | リハビリテーション     |       |   |
|                |                 | 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( )        |       |   |
| 希望日時           | 曜日              | 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日                   |              |          |               |       |   |
| 時間帯            | 時 分 ~           |   | 時 分          |          |               |       |   |
| 備考             |                 |   |              |          |               |       |   |

|                |                    |                     |
|----------------|--------------------|---------------------|
| 〒180-0022      | 24QQ訪問看護ステーション武蔵野  | Tel : 050-5810-4048 |
| 東京都武蔵野市境1-7-18 | 事業所番号 : 1363390277 | Fax : 050-4560-3901 |