

# 訪問看護利用申込書

申込日： 年 月 日

相談者	( 本人 家族 ケアマネージャー 病院/クリニック 友人・知人 その他 )				
	氏名	(ふりがな)		TEL	
※利用者	生年月日	年 月 日生( 歳)			
	住所	〒			
疾患名	(ふりがな)	男・女	TEL		
主治医	指示書依頼先 医療機関名			(ふりがな) 医師名	
	住所			TEL	
在宅 ・ 入院中(退院日: )					
希望内容	回/週	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( )
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	国民健康保険 ・ 社会保険 ・ 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( )				
居宅支援事業所	事業所名			担当CM	
	住所			TEL	
	事業所番号			FAX	
関係者		氏名(ふりがな)	続柄	住所	電話番号
	主介護者/ キーパーソン				
	緊急 連絡先				
備考	その他相談内容				