

宛先：あすなる訪問看護ステーション西大島 FAX 03-5875-4163
事業所番号：1360890204 TEL：03-5875-4166

お手数ですが、分かる範囲で、ご記入下さい。

訪問看護新規依頼票 (訪問看護記録書1-1)



ご記入日 平成 年 月 日

| | | |
|------|-------|--------------|
| 事業所名 | 電話番号 | |
| | FAX番号 | |
| ご担当者 | 事業所番号 | ※初めてお申込みの方のみ |

希望するサービス《曜日： 時間帯：》
● 訪問看護《週 回》 ・ 入浴介助の希望（有・無） ・ 特別管理加算Ⅰ，Ⅱ ・ 緊急時(介)/24時間加算(医)
● リハビリ《週 回》 ・ 屋外歩行の希望（有・無）

指示書交付依頼 済 ・ 未 本人または家族の了承 得た ・ 得てない

| | | | |
|-------|--------------------|----------------|-----------------------------|
| ふりがな | | 性別 | 家族構成 (同居家族を○で囲んでください) |
| 利用者氏名 | 様 | 男 女 | 本人 <input type="checkbox"/> |
| 生年月日 | M/T/S/H 年 月 日 (歳) | | |
| 住所 | (〒 -) | ◆キーパーソン 氏名： | 続柄： |

自宅の電話 (本人携帯電話など：)

上記以外の連絡先 名前： 続柄： 電話番号：

介護保険 【要介護区分】 要支援 1 2 / 要介護 1 2 3 4 5 【生計困難者に対する利用者負担軽減確認：有・無】
認定有効期限：平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

その他の保険 【主保険】 後期高齢者・国保・社保 【公費】 障・都・生保・自立支援・その他 ()

主治医の医療機関名 医師の氏名 (科)

住所 (〒 -) 電話番号

主な病気 発症年月日 (年 月)

利用申し込み理由・経緯・特記事項

| 他のサービスの利用状況※ (サービス種別・時間帯) | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| AM | | | | | | | |
| PM | | | | | | | |

※注意 医療保険を使って、すでに訪問診療や他の事業所からの訪問看護をご利用されている場合は必ずご記入ください。医療保険の場合、2箇所の事業所が同日訪問することは認められておりません。