

訪問看護利用申込書

※ お分かり頂ける範囲でご記入ください

申込日： 年 月 日

ご利用者様	ふりがな
	様 男 ・ 女
	生年月日 (T ・ S ・ H ・ R) 年 月 日 (歳)
住所	京都府
	電話番号

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 負担割合 (1 ・ 2 ・ 3) 割
	医 療	国民健康保険 ・ 社会保険 ・ 後期高齢 ・ 障害手帳 ・ 生活保護 公費負担医療受給者証 () ・ その他 ()

疾患名	
ADL	食事 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助) 排泄 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助) 移動移乗 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助) 保清 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助) その他 ()
寝たきり度	(J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2)
認知症の状況	(I ・ II ・ IIa ・ IIb ・ III ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M)

医療機関	名称
	主治医
居宅介護支援 事業所	名称
	ご担当者

ご希望内容	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (30分 ・ 60分 ・ 90分) 回/週 <input type="checkbox"/> 指定なし
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (20分 ・ 40分) 回/週 <input type="checkbox"/> 指定なし
	希望曜日 (月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金) 時間帯 (午前 ・ 午後)
サービス内容	<input type="checkbox"/> 状態観察 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 排泄ケア <input type="checkbox"/> ストマ管理 <input type="checkbox"/> カテーテル等管理 <input type="checkbox"/> 在宅用医療機器類の管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置・予防 <input type="checkbox"/> 保清 <input type="checkbox"/> 呼吸ケア <input type="checkbox"/> 各種輸液管理 <input type="checkbox"/> ターミナルケア <input type="checkbox"/> インシュリン等の管理 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> リハビリテーション (身体面 ・ 認知機能 ・ 精神機能)



ウィズ訪問看護ステーション

〒617-0006 京都府向日市上植野町地後3メゾン河忠106

TEL : 075-924-5353 FAX : 075-924-5354 事業所番号 : 2663190102